

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

SATISFACTION CONJUGALE DE PERSONNES PRÉSENTANT
UN TROUBLE BIPOLAIRE ET DE LEURS CONJOINTS

PAR

FRANÇOIS LAVOIE

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

FACULTÉ DES ARTS ET DES SCIENCES

THÈSE PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DES ÉTUDES
SUPÉRIEURES EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE
PHILOSOPHIAE DOCTOR (Ph.D.)

MAI 1998

© FRANÇOIS LAVOIE, 1998



UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES

CE DOCTORAT INTITULÉ:

SATISFACTION CONJUGALE DE PERSONNES PRÉSENTANT
UN TROUBLE BIPOLAIRE ET DE LEURS CONJOINTS

PRÉSENTÉ PAR
FRANÇOIS LAVOIE

A ÉTÉ ÉVALUÉ PAR UN JURY COMPOSÉ DES PERSONNES SUIVANTES:

*Jean-Claude Kasry
Sheilagh Hodgins
Christopher Earls
Stéphanie Sabourin*

DOCTORAT ACCEPTÉ LE: 10.06.1998

SOMMAIRE

Les personnes présentant un trouble bipolaire demeurent célibataires dans des proportions très élevées, tandis que celles qui se retrouvent en couples divorcent dans des proportions très élevées. Ces faits donnent à penser que ces personnes ont de la difficulté à développer et à maintenir des relations intimes. De façon à mieux comprendre les proportions élevées de divorce observées chez ces couples, quelques chercheurs ont tenté d'étudier la satisfaction conjugale chez les personnes euthymiques présentant un trouble bipolaire. Une constatation étonnante faisait suite à ces études: les personnes euthymiques affectées par un trouble bipolaire ne présentaient pas de différence quant à leur satisfaction conjugale comparativement aux personnes de groupes de comparaison de la population. Cependant, un examen minutieux de ces études révèle des failles méthodologiques importantes qui mettent en doute les conclusions tirées.

Le premier objectif d'une nouvelle étude était de vérifier si les personnes, faisant partie de couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire, étaient caractérisées par une satisfaction conjugale moins élevée comparativement aux personnes faisant partie de couples où les conjoints sont sans trouble mental. Un deuxième

objectif était d'étudier ce qui influence la satisfaction conjugale chez ces personnes. Soit l'évaluation de caractéristiques choisies: 1) chez le participant, et 2) chez son conjoint.

La satisfaction conjugale globale, ou son équivalent dichotomisé, la détresse conjugale, sont mesurées au moyen du Dyadic Adjustment Scale. Les principales caractéristiques mesurées chez le participant et chez son conjoint sont les traits de personnalité, les stratégies d'adaptation, le soutien social et la présence de divorce antécédent.

Les résultats, produits à partir de 38 couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire et de 36 couples où les conjoints sont sans trouble mental indiquent que la satisfaction conjugale des personnes de couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire est significativement inférieure à celle des personnes de couples où les conjoints sont sans trouble mental. Une satisfaction conjugale plus faible est trouvée chez les personnes faisant partie de couples où c'est l'homme qui présente le trouble bipolaire comparativement à ce qui est trouvé chez les personnes faisant partie de couples où c'est la femme qui présente le trouble bipolaire. Sans égard au type de couple, le névrosisme et les stratégies d'adaptation sont faiblement

et négativement corrélés avec la satisfaction conjugale, alors que la satisfaction en soutien social est modérément corrélée à la satisfaction conjugale. De plus, la présence d'un divorce antécédent chez les hommes est faiblement corrélée avec leur satisfaction conjugale. L'insatisfaction face au soutien social et le névrosisme du conjoint-homme représentent les facteurs de risque les plus importants pour la détresse conjugale présente chez la femme. Chez l'homme, le facteur de risque le plus important pour la détresse conjugale est l'insatisfaction du soutien social de l'homme.

En conclusion, si les personnes de couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire présentent une satisfaction conjugale inférieure à celle des personnes de couples où les conjoints sont sans trouble mental, les caractéristiques individuelles affectant la satisfaction conjugale semblent être les mêmes pour les personnes de ces deux types de couples. Par ailleurs, des différences hommes-femmes importantes existent quant aux variables influençant la satisfaction conjugale. Les thérapies psychologiques développées pour les couples où les conjoints sont sans trouble mental devraient s'avérer efficaces pour les couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire surtout si une attention particulière est portée au niveau de névrosisme et au

particulière est portée au niveau de névrosisme et au niveau de satisfaction en soutien social. Une avenue de recherche intéressante semble être celle qui étudiera plus en détail la satisfaction conjugale en fonction du soutien social.

TABLE DES MATIÈRES

	page
SOMMAIRE.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	xix
LISTE DES TABLEAUX.....	xvi
REMERCIEMENTS.....	xix
<u>INTRODUCTION</u>	1
L'IMPORTANCE D'Étudier LES COUPLES OÙ IL Y A UNE PERSONNE PRÉSENTANT UN TROUBLE BIPOLAIRE.....	2
LE TROUBLE BIPOLAIRE.....	5
Description.....	5
Prévalence.....	7
L'âge de venue.....	7
La mortalité.....	8
Troubles associés.....	8
Fonctionnement psychosocial.....	9
Traitement pharmacologique.....	10

Les conjoints.....	11
Conclusions.....	11
LE FONCTIONNEMENT DU COUPLE.....	12
Satisfaction conjugale.....	12
Satisfaction conjugale des couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire.....	13
Critique, résumé et avenues de recherche.....	17
Stabilité conjugale, ou divorce et séparation.....	21
Stabilité conjugale des couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire.....	23
Critique, résumé et avenues de recherche.....	26
DES FACTEURS QUI PEUVENT INFLUENCER LA SATISFACTION CONJUGALE	27
Traits de personnalité.....	27
Traits de personnalité des personnes présentant un trouble bipolaire.....	30
Critique, résumé et avenues de recherche.....	35
Les stratégies d'adaptation.....	37
Critique, résumé et avenues de recherche.....	41
Soutien social.....	42

Soutien social des personnes présentant un trouble bipolaire.....	46
Critique, résumé et avenues de recherche.....	47
LE FONCTIONNEMENT DU COUPLE: UN MODÈLE.....	48
LA PRÉSENTE ÉTUDE	50
Hypothèses.	52
<u>MÉTHODOLOGIE</u>	56
PARTICIPANTS	57
Recrutement.....	58
INSTRUMENTS DE MESURE.....	61
Caractéristiques socio-démographiques.....	62
Diagnostic.....	62
Fonctionnement psychosocial.....	63
Satisfaction conjugale.....	64
Traits de personnalité.....	65
Stratégies d'adaptation.....	66
Soutien social.....	68
Autres mesures.....	69
ANALYSES STATISTIQUES.....	69

<u>RÉSULTATS</u>	73
ANALYSES DESCRIPTIVES.....	74
Caractéristiques socio-démographiques.....	75
Histoire de traitements en psychiatrie	78
Fonctionnement global	82
Traits de personnalité.....	85
Stratégies d'adaptation.....	87
Soutien social.....	89
Satisfaction conjugale.....	91
Corrélations des variables associées au fonctionnement du couple.....	91
VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES.....	96
Hypothèse 1: <i>les personnes de couples STM présenteront une satisfaction conjugale plus élevée comparativement aux personnes de couples TB</i>	96
Hypothèse 2: <i>Une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant à l'absence de divorce et à l'absence du trouble bipolaire dans le couple</i>	98

Hypothèse 3: <i>Une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant au trait de névrosisme faible et à l'absence du trouble bipolaire dans son couple.....</i>	103
Hypothèse 4: <i>Une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant à des stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité basse et à l'absence du trouble bipolaire dans son couple.....</i>	106
Hypothèse 5: <i>Une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant à une satisfaction élevée du soutien social et à l'absence du trouble bipolaire dans le couple.....</i>	110
Hypothèse 6: <i>Un modèle prédisant qu'une satisfaction conjugale élevée est liée à un névrosisme faible du participant, à un névrosisme faible du conjoint et à l'absence du trouble bipolaire dans le couple, est supérieur à un modèle prédisant qu'une satisfaction conjugale élevée est liée à un névrosisme faible du participant et à l'absence du trouble bipolaire dans le couple.....</i>	113

PROPORTIONS ET RISQUE RELATIF POUR LA DÉTRESSE
CONJUGALE DES PARTICIPANTS EN FONCTION DES

CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES DES CONJOINTS.....	116
DÉTRESSE CONJUGALE DES PARTICIPANTS EN FONCTION DES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES DES CONJOINTS.....	118
<u>DISCUSSION</u>	121
CONCLUSIONS PRINCIPALES.....	122
PRÉSENCE D'UNE SATISFACTION CONJUGALE PLUS FAIBLE CHEZ LES COUPLES TB.....	125
EFFET DES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES SUR LA SATISFACTION CONJUGALE.....	130
Divorce antécédent à la relation actuelle.....	131
Névrosisme.....	134
Stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité.....	135
Satisfaction du soutien social.....	137
EFFET DES CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT SUR LA SATISFACTION CONJUGALE.....	140
RISQUE RELATIF ASSOCIÉ À LA DÉTRESSE CONJUGALE.....	145
CRITIQUE DE LA PRÉSENTE ÉTUDE ET GÉNÉRALISATION.....	146
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, ET POUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DE LA DÉTRESSE CONJUGALE.....	149

Effet du conjoint.....	150
Divorce antécédent à la relation actuelle.....	150
Stratégies d'adaptation.....	151
Soutien social.....	152
CONCLUSION.....	153
<u>NOTES</u>	155
<u>RÉFÉRENCES</u>	156

LISTE DES FIGURES

- Figure 1: Un modèle vulnérabilité-stress-adaptation pour le fonctionnement onjugal..... 49
- Figure 2: Effets principaux résultants de l'anova (2 X 2) du divorce (divorce antécédent vs jamais divorcé) croisé avec le type de couple (STM vs TB) sur la satisfaction conjugale (DAS): a) pour les hommes et b) pour les femmes..... 99
- Figure 3: Effets principaux résultants de l'anova (2 X 2) du névrosisme (faible vs élevé) (NEO-PI-R) croisé avec le type de couple (STM vs TB) sur la satisfaction conjugale (DAS): a) pour les hommes et b) pour les femmes..... 104
- Figure 4: Effets principaux résultants de l'anova (2 X 2) des stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité (faible vs élevé) (CISS) croisé avec le type de couple (STM vs TB) sur la satisfaction conjugale (DAS): a) pour les hommes et b) pour les femmes..... 108

Figure 5: Effets principaux résultants de l'anova
(2 X 2) de la satisfaction du soutien
social (élevé vs faible) (ASSIS) croisé
avec le type de couple (STM vs TB) sur la
satisfaction conjugale (DAS): a) pour les
hommes et b) pour les femmes..... 111

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Données socio-démographiques: comparaison des couples où il y a une personne bipolaire (cou-TB) et les couples sans trouble mental (cou-STM).....	76
Tableau 2: Données socio-démographiques: comparaison des personnes avec un trouble bipolaire qui sont célibataires (TB-cél) et qui sont en couple (TB-cou)	79
Tableau 3: Histoire de traitements en psychiatrie: comparaison des couples où il y a une personne bipolaire (cou-TB) et les couples sans trouble mental (cou-STM)	81
Tableau 4: Histoire de traitements en psychiatrie: comparaison des personnes avec un trouble bipolaire qui sont célibataires (TB-cél) et qui sont en couple (TB-cou).....	83
Tableau 5: Comparaisons des cotes moyennes observées pour les hommes et les femmes des deux types de couple (cou-TB et cou-STM) pour le fonctionnement global clinique mesuré au moyen du Global Assessment of Functioning.....	84
Tableau 6: Comparaisons des cotes moyennes observées des personnes avec un trouble	

bipolaire qui sont célibataires (TB-cél) et qui sont en couple (TB-cou) pour le fonctionnement global clinique mesuré au moyen du Global Assessment of Functioning.....	84
Tableau 7: Comparaisons des cotes moyennes observées pour les hommes et les femmes des deux types de couple (TB et STM) pour les traits de la personnalité mesurées au moyen du Neo Personality Inventory-revised	86
Tableau 8: Comparaisons des cotes moyennes observées pour les hommes et les femmes des deux types de couple (TB et STM) pour les stratégies d'adaptation mesurées au moyen du Coping Inventory for Stressful Situations.....	88
Tableau 9: Comparaisons des cotes moyennes observées pour les hommes et les femmes des deux types de couple (TB et STM) pour le soutien social mesuré au moyen du Arizona Social Support Interview Schedule.....	90

Tableau 10: Comparaisons des cotes moyennes observées pour les hommes et les femmes des deux types de couple (TB et STM) pour la satisfaction conjugale globale ¹ mesurée au moyen du Dyadic Adjustment Scale.....	92
Tableau 11: Corrélations des variables associées au fonctionnement du couple.....	93
Tableau 12: Résultat de l'ajout de la variable névrosisme de la femme (N_F) au modèle comprenant les variables type de couple et névrosisme de l'homme (N_H) pour expliquer la satisfaction conjugale chez l'homme	114
Tableau 13: Résultat de l'ajout de la variable névrosisme de l'homme (N_H) au modèle comprenant les variables type de couple et névrosisme de la femme (N_F) pour expliquer la satisfaction conjugale chez l'homme.....	114
Tableau 14: Proportions et risque relatif (RR) pour la détresse conjugale des participants en fonction des caractéristiques individuelles des conjoints pour des couples où il y a une personne avec un trouble bipolaire et des couples sans trouble mental.....	117

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mon affection et mon appréciation à tous ceux qui m'ont soutenu pendant que j'exécutais cette tâche. J'aimerais tout particulièrement remercier ma directrice, madame Sheilagh Hodgins (Ph.D.), qui a su m'encourager et me conseiller tout au long du projet. Mon appréciation et mon affection va aussi à ma conjointe, Ginette Hébert qui m'a épaulé solidement, mais surtout qui a su partager les bons et les moins bons moments de cette longue aventure.

INTRODUCTION

L'IMPORTANCE D'ÉtudIER LES COUPLES OÙ IL Y A UNE PERSONNE
PRÉSENTANT UN TROUBLE BIPOLAIRE

Ce n'est que récemment que les chercheurs ont commencé à considérer le trouble bipolaire sous un angle autre qu'exclusivement biologique. Pourtant, il est manifeste que cette affection chronique a des conséquences néfastes sur le fonctionnement occupationnel, conjugal, familial et social des personnes atteintes.

Les conflits conjugaux et l'insatisfaction conjugale sont fort probablement des antécédants au déclenchement d'épisodes chez les personnes présentant un trouble bipolaire (Bidzinska, 1984; Beach, Winters, Weintraub et Neale, 1983). L'inverse est tout aussi vrai, à savoir que les épisodes de ce trouble sont probablement une source des conflits conjugaux et de l'insatisfaction conjugale chez ces couples (Beach, et al., 1983).

Les personnes présentant un trouble bipolaire demeurent célibataires dans des proportions très élevées, celles qui se retrouvent en couples divorcent dans des proportions très élevées. Ces faits donnent à penser que ces personnes ont de la difficulté à développer et à maintenir des relations intimes, non seulement dans le

cadre d'une relation conjugale, mais aussi dans le cadre de leurs relations sociales en général.

De façon à mieux comprendre ce qui amène tant les personnes présentant un trouble bipolaire à divorcer, quelques chercheurs ont tenté d'étudier la satisfaction conjugale chez ces dernières.

Les conclusions tirées des études ne s'avéraient pas surprenantes en stipulant que pendant les quelques mois précédant ou suivant un épisode de manie ou de dépression, les personnes affectées par un trouble bipolaire présentaient un nombre de conflits conjugaux élevés et une satisfaction conjugale faible comparativement à des groupes de personnes provenant de la population, où la présence de trouble mental n'est pas vérifiée.

Par contre, une constatation étonnante faisait suite aux études portant sur les personnes euthymiques affectées par un trouble bipolaire. Ces personnes ne présentaient pas de différence quant à leur satisfaction conjugale comparativement à des groupes de personnes provenant de la population, où la présence de trouble mental n'est pas vérifiée. Cependant, un examen minutieux

de ces études révèle des failles méthodologiques importantes.

En tenant compte des problèmes méthodologiques des études antérieures, le premier objectif d'une nouvelle étude serait de vérifier cette fois si les personnes faisant partie de couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire seraient caractérisées par une satisfaction conjugale peu élevée. Néanmoins, pour pousser plus loin, un deuxième objectif encore plus louable serait d'étudier ce qui influence la satisfaction conjugale de ces personnes. À cet effet, deux principaux types d'influence sont envisageables soit 1) celui des caractéristiques propres à ces personnes, mais aussi 2) celui qui est propre aux conjoints.

Dans les prochaines lignes, une revue des écrits sera présentée. Dans une première partie de cette revue, les caractéristiques cliniques du trouble bipolaire (description du syndrome, épidémiologie et traitement) seront décrites. La deuxième partie de cette revue des écrits portera sur le fonctionnement conjugal soit la satisfaction conjugale et la stabilité conjugale. Elle portera en plus sur trois types de variables individuelles, les traits de personnalité, les stratégies d'adaptation et le soutien social, qui sont ciblées dans

cette partie pour leur pertinence à une meilleure compréhension du fonctionnement conjugal. Pour chacune de ces variables, une définition, les principaux concepts liés à celle-ci et les résultats des études portant sur les personnes présentant un trouble bipolaire et sur la satisfaction conjugale, seront décrits.

LE TROUBLE BIPOLAIRE

Description

Le qualificatif de bipolaire (deux pôles) vient des variations extrêmes de l'humeur alternant entre des épisodes de manie et des épisodes de dépression majeure (Leonhard, 1957; Kleist, 1953; cités dans Perris, 1992).

Les épisodes maniaques se caractérisent principalement par de l'euphorie ou de l'irritabilité, tandis que les épisodes dépressifs se distinguent par la dépression ou une perte d'intérêt face aux activités.

Il suffit qu'un seul épisode de manie se produise au cours de la vie d'une personne pour qu'un diagnostic de trouble bipolaire soit posé (Weissman et al., 1991).

La plupart des personnes qui auront vécu un épisode de manie, vivront aussi des épisodes de dépression.

La caractéristique essentielle d'un épisode de manie est une période distincte où l'humeur, élevée, expansive

ou irritable est prédominante. Cette période est accompagnée de symptômes incluant l'hyperactivité, le flot accru de la parole, l'estime de soi élevée, la diminution de besoin en sommeil, la distraction et l'implication excessive dans des activités qui sont dommageables pour la personne.

L'hypomanie est un état moins sévère semblable à la manie.

Les épisodes de dépression majeure sont caractérisés par la présence d'une humeur dépressive ou par la perte de plaisir pour les activités agréables. Pour qu'il y ait dépression majeure, un total de cinq symptômes doivent être présents, incluant la dépression ou la perte de plaisir, soit un changement important au plan de l'appétit, un changement important au plan du sommeil, une fatigue accrue, une variation du fonctionnement psychomoteur, une baisse importante de la concentration ou la présence d'idées morbides ou suicidaires.

Les personnes rencontrant le critère de dépression majeure et qui présentent des épisodes d'hypomanie sont diagnostiquées comme présentant un trouble bipolaire de type II. L'expression type I est réservée aux personnes ayant présenté au moins un épisode de manie.

Essentiellement, les personnes présentant un trouble bipolaire de type I sont hospitalisées pendant leurs épisodes de manie, tandis que celles présentant un trouble bipolaire de type II le sont pendant les épisodes de dépression majeure.

Les épisodes affectifs associés au trouble bipolaire varient en durée, mais les études rapportent qu'ils durent en moyenne entre 4 et 13 mois (Goodwin & Jamison, 1990). Jusqu'à 40% des personnes affectées par le trouble bipolaire vivront au cours de leur vie plus de quatre épisodes nécessitant une hospitalisation (Perris, 1968; cité dans Goodwin & Jamison, 1990).

Prévalence

La prévalence à vie du trouble bipolaire dans la population générale est de 1,6% (Kessler, McGonagle, Zhao et al., 1994). Très peu de cas sont rapportés avant la puberté (Loranger & Levine, 1978).

L'âge de venue

Selon Weissman, Livingstone-Bruce, Leaf et al. (1991), l'âge moyen de venue du premier épisode se situe à 18 ans pour le trouble bipolaire de type I et à 22 ans pour le trouble bipolaire de type II. Il n'y a pas de

différence quant à l'âge de venue entre les hommes et les femmes.

La mortalité

Le risque associé au suicide chez les personnes qui présentent un trouble bipolaire est extrêmement élevé. Chen et Dilsaver (1996) rapportent une prévalence à vie de tentative de suicide de 29% pour les personnes présentant un trouble bipolaire, comparativement à 16% et à 4% respectivement pour les personnes présentant une dépression majeure et pour celles qui présentent d'autres troubles mentaux. Ces tentatives de suicide fréquentes des personnes présentant un trouble bipolaire aboutiraient éventuellement en une perte de vie dans 19% des cas (Goodwin & Jamison, 1990).

Troubles associés

La comorbidité des troubles mentaux est un phénomène important pour les personnes touchées par un trouble bipolaire. Regier, Farmer, Rae et al. (1990), dans le cadre de l'étude épidémiologique américaine ("Epidemiological Catchment Area Study"), rapportent une prévalence à vie de 44% pour les diagnostics d'abus ou de dépendance à l'alcool et de 34% pour les diagnostics d'abus ou de dépendance aux drogues. D'autres études

défectent une consommation abusive d'alcool chez les personnes présentant un diagnostic de trouble bipolaire dans une proportion allant jusqu'à 75% (Estroff, Dackis, Gold & Potash, 1985; Freed, 1969; Morrison, 1974). Goodwin et Jamison (1990), révisant les études sur les troubles de la personnalité, rapportent des proportions élevées de trouble de personnalité état-limite et de trouble de personnalité antisociale pour les personnes présentant un trouble bipolaire.

Fonctionnement psychosocial

Récemment, quelques études traitent du fonctionnement psychosocial et de la prédiction du fonctionnement psychosocial à moyen terme (entre une année et cinq années) liés à la présence du trouble bipolaire. Pendant les six mois qui suivent un épisode affectif, 64 % des personnes avec un diagnostic de trouble bipolaire auront des difficultés importantes au travail et 36% ne pourront retourner au travail (Dion, Tohen, Anthony & Waternaux, 1988). Tohen, Waternaux et Tsuang (1990), dans le cadre d'un suivi de quatre ans portant sur des participants présentant un trouble bipolaire, observent qu'un fonctionnement psychosocial faible, tel que mesuré par un fonctionnement occupationnel faible, l'incapacité de vivre de façon

autonome et la présence de symptômes entre les épisodes, sont associés à un fonctionnement vocationnel faible antécédant à l'évaluation initiale, un nombre élevé d'épisodes antécédants, et un diagnostic d'alcoolisme. Selon Coryell et al. (1993), un fonctionnement psychosocial faible et chronique est associé au trouble bipolaire. Ainsi, sur un suivi de cinq ans, comparativement à des personnes ne présentant pas le trouble, les personnes présentant un trouble bipolaire régressent quant au type d'emploi occupé et au revenu gagné, mais aussi quant à la qualité des relations sociales qu'elles entretiennent avec les gens de leur entourage.

Traitement pharmacologique

Le traitement pharmacologique est le traitement privilégié lorsque les personnes atteintes d'un trouble bipolaire présentent des épisodes de manie ou de dépression. Miklowitz et Goldstein (1990), effectuant une revue des écrits sur le traitement pharmacologique des personnes présentant un trouble bipolaire, rapportent que jusqu'à 70% de ceux-ci répondent à un traitement au lithium durant un épisode aigu. Cependant, même sous pharmacothérapie, une proportion substantielle de rechutes apparaissent au suivi d'un an et de deux ans,

variant respectivement entre 30% et 47% et entre 41% et 60%. Chez les patients qui répondent peu au lithium ou chez ceux qui ne répondent pas, la carbamazépine, les phénothiazines, les antidépresseurs, le valproate et le veraptamil peuvent être substitués ou ajoutés au lithium. Malgré ces traitements alternatifs, une proportion importante de patients ne répondent pas à ces traitements ou encore présentent des effets secondaires dérangeants.

Les conjoints

Les personnes qui présentent un trouble bipolaire ont tendance à se marier ou à cohabiter avec des conjoints qui présentent des troubles affectifs dans une proportion de 32% (Lapalme, Hodgins & Laroche, 1994). D'autre part, chez ces conjoints, les troubles mentaux, toutes catégories confondues, sont présents dans une proportion de 47%. Un phénomène semblable est observé chez les conjoints de personnes dépressives (Lavoie & Hodgins, 1994).

Conclusions

Le fonctionnement psychosocial des personnes affectées par le trouble bipolaire semble particulièrement touché. Les personnes atteintes du trouble bipolaire présentent des proportions élevées de

troubles mentaux comorbides. Les conjoints présentent aussi des troubles mentaux dans une grande proportion. Dans une étude comparative de couples où se trouve une personne bipolaire et des personnes sans troubles mentaux, il conviendra de distinguer au plan des échantillons de participants, le conjoint présentant un trouble bipolaire, du conjoint sans trouble bipolaire, des conjoints sans troubles mentaux.

FONCTIONNEMENT DU COUPLE

Satisfaction conjugale

La satisfaction conjugale est une mesure qui se rapporte au degré de satisfaction éprouvé par les membres d'un couple face aux comportements du conjoint à l'égard de domaines aussi variés que l'affection, les relations sexuelles, le budget, le partage des tâches ménagères et l'éducation des enfants (Beaudry & Boivert, 1988).

La satisfaction conjugale réfère souvent au concept de détresse conjugale (Eddy, Heyman, Weiss, 1991). Les études portant sur les couples formés de personnes de la population, où la présence de trouble mental n'est pas vérifiée, ont démontré qu'en deça d'un seuil spécifique, la satisfaction conjugale devient de la détresse conjugale. Les couples en détresse conjugale sont amenés

à consulter dans une proportion de 75% (Eddy, Heyman, Weiss, 1991).

Barnett et Gotlib (1988), suite à une revue des écrits sur le fonctionnement psychosocial lié à la dépression, concluent qu'un niveau de satisfaction conjugale faible est à la fois un antécédent et une conséquence de la dépression majeure. Une fréquence de troubles mentaux plus élevée chez les enfants est liée à des niveaux de satisfaction conjugale faibles chez les parents ayant présenté un trouble affectif majeur (Fendrich, Warner, Weissman, 1990).

Satisfaction conjugale des couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire

Dans une étude rétrospective qui s'intéresse aux effets du stress sur le déclenchement d'épisodes affectifs, Bidzinska (1984) compare entre elles, des personnes présentant un trouble bipolaire, des personnes présentant une dépression majeure et des personnes provenant de la population, où la présence de trouble mental n'est pas vérifiée. Trois mois avant le premier épisode affectif à vie et trois mois avant le dernier épisode affectif, Bidzinska observe un plus grand nombre de conflits conjugaux et de conflits familiaux chez les

personnes présentant un trouble bipolaire et chez celles présentant une dépression majeure comparativement à ce qui est observé chez des personnes provenant de la population, où la présence de trouble mental n'est pas vérifiée. Les personnes présentant un trouble bipolaire ne diffèrent pas des personnes présentant une dépression majeure, quant au nombre de conflits conjugaux trois mois avant la survenue du premier épisode affectif ou trois mois avant la survenue des épisodes subséquents. Aussi bien chez les personnes présentant un trouble bipolaire que chez celles qui présentent une dépression majeure, ces conflits maritaux sont liés à la rechute non seulement après le premier épisode, mais aussi après plusieurs épisodes.

Beach, Winters, Weintraub et Neale (1983, cités dans Barnett et Gotlib, 1988), comparent au moyen du Marital Adjustment Test (MAT), le niveau de satisfaction conjugale chez deux catégories de participants. Une première catégorie comprend un groupe formé de personnes provenant de la population. Il n'est pas précisé dans l'article si une évaluation diagnostique est faite pour ces participants. Une seconde catégorie regroupe des participants avec des troubles mentaux. Cette catégorie comprend trois groupes: un groupe de personnes

présentant un trouble bipolaire, un groupe de personnes présentant une dépression majeure, et un groupe de personnes présentant une schizophrénie. Pour la catégorie regroupant les participants avec des troubles mentaux, le test a été administré au moment où ces personnes recevaient leur congé suite à une hospitalisation. Au moment du congé hospitalier, les trois groupes de patients présentant des troubles mentaux montrent des niveaux faibles de satisfaction conjugale comparativement aux personnes provenant de la population.

Les niveaux de satisfaction conjugale toutefois ne diffèrent pas entre les trois groupes de participants présentant des troubles mentaux. Par ailleurs, au suivi de trois à quatre ans, seules les personnes présentant une dépression majeure manifestent des niveaux de satisfaction conjugale significativement plus faibles que les personnes provenant de la population. Les auteurs de la recherche ne précisent pas si tous les participants évalués présentent une rémission au moment du suivi.

Frank, Targum, Gershon, et al. (1981) ne trouvent pas de différence significative quant au niveau de satisfaction conjugale entre les conjoints de couples où le conjoint présentant un trouble bipolaire est en rémission et chez les couples formés de personnes

provenant de la population, c'est-à-dire où la présence d'un diagnostic de trouble mental n'a pas été contrôlée.

Coryell et al. (1993) comparent des personnes membre d'un couple où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire avec des personnes en couple membres de leur famille, mais n'ayant jamais fait d'épisode de manie. Les participants des deux groupes sont appariés quant à l'âge et au sexe. Chez chaque catégorie de participants, des évaluateurs établissent une cote globale pour une mesure définie comme l'ajustement conjugal. Au suivi de six ans, il n'y a pas de différence significative entre les niveaux d'ajustement conjugal chez les deux catégories de participants. Ces chercheurs appliquent la même mesure à des personnes en couple présentant une dépression majeure, ainsi qu'à des personnes en couple membres de leur famille, mais n'ayant jamais présenté de trouble affectif. Ces deux groupes de participants sont aussi appariés quant à l'âge et au sexe. Des niveaux significativement plus faibles d'ajustement conjugal sont observés chez les participants qui présentent une dépression majeure comparativement au niveau d'ajustement conjugal observé chez les personnes sans trouble affectif.

Targum et al. (1981) trouvent que cinq pour cent des personnes présentant un trouble bipolaire regrettent de s'être mariés, tandis que chez leur conjoint, plus de la moitié le regrettent. Les personnes présentant un trouble bipolaire ont tendance à minimiser l'impact du trouble, tout comme elles ont tendance à nier la nature héréditaire ou familiale du trouble comparativement à ce que perçoivent leurs époux.

Critique, résumé et avenues de recherche. Un examen minutieux des trois études portant sur la satisfaction conjugale des personnes euthymiques présentant un trouble bipolaire révèle des failles méthodologiques importantes. Dans l'une ou l'autre des études: 1) la satisfaction conjugale des personnes présentant un trouble bipolaire est évaluée, mais non celle de leur conjoint; 2) les échantillons sont de trop petites tailles; 3) les groupes de comparaisons sont inadéquats ou 4) les mesures de satisfaction conjugale sont imprécises ou non-valides. Ces faiblesses mettent en doute les conclusions tirées de ces études.

Il est très important de mesurer la satisfaction conjugale des conjoints. Dans l'étude de Coryell et al. (1993), le fonctionnement conjugal du conjoint n'est pas mesuré. Il est possible que les personnes présentant un

trouble bipolaire présentent un fonctionnement conjugal relativement plus élevé, comparativement à celui de leurs conjoints. Éventuellement, ce serait le fonctionnement conjugal faible du conjoint de la personne présentant un trouble bipolaire qui mènerait à la séparation ou au divorce.

La petite taille des échantillons peut empêcher l'apparition de différences significatives entre les groupes sur la satisfaction conjugale. Ainsi, dans l'étude de Frank et al. (1981), une satisfaction conjugale plus faible est observée pour les personnes de couples où il y a une personne présentant un trouble bipolaire. Néanmoins, cette différence n'est pas significativement différente de celle des personnes du groupe de comparaison. Des groupes de tailles supérieures auraient pu mener à une différence significative sur la satisfaction conjugale.

Des groupes de comparaison inadéquats pourraient empêcher l'apparition de différences significatives sur la mesure de satisfaction conjugale ou sur la mesure de fonctionnement conjugal. L'étude de Frank et al. (1981) décrit des personnes de couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire. Ces personnes sont caractérisées par une proportion de divorces plus faible

comparativement aux personnes du groupe de comparaison. Cette proportion plus faible de divorce du groupe de comparaison va à l'encontre de ce qui est observé dans l'ensemble des études qui traitent du divorce chez les personnes présentant un trouble bipolaire (voir section suivante sur la stabilité conjugale). Par ailleurs, dans l'étude de Coryell et al. (1993), le groupe de comparaison est composé de membres de la famille qui sont en couple et qui sont exempts de la présence d'un trouble bipolaire. Néanmoins, ces personnes pourraient présenter d'autres troubles mentaux qui pourraient affecter à la baisse la satisfaction conjugale, diminuant ainsi les chances qu'une différence significative apparaisse sur la satisfaction conjugale entre les personnes présentant un trouble bipolaire et les personnes du groupe de comparaison.

Il est possible que les mesures de satisfaction conjugale ou les mesures analogues (les mesures de fonctionnement conjugal) soient imprécises ou non-valides, et empêchent le constat de différences entre les groupes. Dans l'étude de Frank et al. (1981), la satisfaction conjugale est mesurée de manière imprécise au moyen d'un seul item. Comparativement la satisfaction conjugale mesurée au moyen du Dyadic Adjustment Scale

(Spanier, 1976) est basée sur la moyenne de 32 items. D'autre part, dans l'étude de Coryell et al. (1993), une mesure analogue à la satisfaction conjugale, le fonctionnement conjugal tel qu'évalué par un clinicien, est utilisée. Rien ne permet de croire que le fonctionnement conjugal mesuré par un tiers, peut se rapprocher d'une mesure de satisfaction conjugale qui représente la perception de la personne elle-même.

Finalement, il n'est pas possible de statuer sur les qualités méthodologiques de l'étude de Beach et al. (1983) qui est citée dans l'article de Barnett et Gotlib (1988). Cette étude avait été présentée à un congrès, et Barnett et Gotlib (1988) ne rapportent à son sujet qu'une description très sommaire.

Dans les mois qui précèdent un épisode affectif ou encore dans la période récente qui suit le congé hospitalier, les personnes avec un trouble bipolaire présenteront des conflits maritiaux plus nombreux et une satisfaction conjugale plus faible comparativement à des personnes de la population, c'est-à-dire où la présence d'un diagnostic de trouble mental n'a pas été contrôlée.

Cependant, de trois à six ans après le congé hospitalier, les personnes souffrant de trouble bipolaire

présentent des niveaux de satisfaction conjugale qui semblent semblables à ceux des parents collatéraux sans trouble bipolaire ou à ceux des personnes de la population, c'est-à-dire où la présence d'un diagnostic de trouble mental n'a pas été contrôlée. La perception du fonctionnement du couple par les conjoints est très différente selon que le participant soit la personne affectée par le trouble bipolaire ou son conjoint. Une lacune importante des études portant sur la satisfaction conjugale chez les couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire est de ne pas avoir mesuré la satisfaction conjugale du conjoint non-affecté par le trouble.

Stabilité conjugale, ou divorce et séparation

Selon Karney et Bradbury (1995), la stabilité conjugale est un élément très important dans la compréhension du phénomène du couple.

Il apparaît que pendant longtemps, dans les écrits, le même sens était attribué à la satisfaction conjugale et au fonctionnement conjugal. Dans de récentes revues des écrits, les chercheurs ont précisé la signification du fonctionnement conjugal. On le définit maintenant non seulement en terme de satisfaction conjugale, mais aussi

en terme de stabilité conjugale (Gottman, 1993; 1994; Karney & Bradbury, 1995). Selon Karney et Bradbury (1995), la stabilité conjugale est définie dans les études comme étant soit l'absence de divorce, l'absence de séparation ou encore comme étant le propre de couples intacts.

Même si intuitivement la satisfaction conjugale et la stabilité conjugale semblent des concepts assez analogues, les études ont démontrées que la satisfaction conjugale et la stabilité conjugale ne présentent entre elles que des corrélations allant de faibles à modérées. Ainsi, un couple intact formé de personnes de la population, où la présence de trouble mental n'est pas vérifiée, voit son niveau de satisfaction conjugale décroître avec la durée de la relation (Karney et Bradbury, 1995). Par ailleurs, la satisfaction conjugale et la stabilité conjugale se distinguent quant à leurs liens avec d'autres variables psychosociales.

Des corrélations variant de 0.14 à 0.42 entre la satisfaction conjugale et la stabilité conjugale sont relevées dans l'ensemble des écrits sur le sujet (Karney & Bradbury, 1995). L'examen concomitant de la satisfaction conjugale et de la stabilité conjugale au

sein d'une même étude est nécessaire pour une compréhension accrue de la relation de couple.

Stabilité conjugale des couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire

Bidzinska (1984), dans une étude portant sur les événements de vie, observent une proportion de divorces trois fois plus élevée pour les personnes présentant un trouble bipolaire (14%) comparativement à celle que présentent les personnes de la population générale (5%).

Chen et Disalver (1996), étudiant le suicide dans le cadre de l'étude épidémiologique américaine, relèvent quatre fois plus de divorces ou de séparations pour les personnes présentant un trouble bipolaire (36%) comparativement aux personnes de la population générale (8%).

Dans une étude sur les traits de personnalité, Solomon et al. (1996) observent trois fois plus de divorces ou de séparations pour les personnes présentant un trouble bipolaire (14%) comparativement aux personnes sans trouble mental (5%).

Une fréquence de divorce plus élevée est observée chez les couples où l'un des conjoints est atteint d'un trouble bipolaire (57%) comparativement aux couples où le

conjoint présente un trouble unipolaire (8%) (Brodie & Leff, 1971).

Au suivi de cinq ans d'une étude longitudinale et prospective, Coryell et al. (1993) trouvent une fréquence de divorce à vie trois fois plus élevée chez le groupe formé de participants présentant un trouble bipolaire, comparativement à un groupe de participants constitué de membres de leur famille n'ayant jamais fait d'épisode de manie et appariés quant à l'âge et au sexe. Le premier groupe montre une fréquence de divorce de 45 % comparé à 18% pour le second groupe.

Dans une étude sur l'issue 30 à 40 ans après une hospitalisation, Tsuang, Woolson et Flemming (1979) ne trouvent aucune différence significative entre la proportion de divorce chez les personnes hospitalisées pour un trouble bipolaire (8%), et la proportion de divorce chez les personnes hospitalisées pour une intervention chirurgicale (10%).

O'Connell et al. (1991), dans une étude sur l'issue, observent un fonctionnement global variable en fonction du statut conjugal. Un fonctionnement global faible (Global Assessment Scale inférieur à 50) est observé comme étant quatre fois plus fréquent pour les personnes

divorcées comparativement aux personnes mariés. Par ailleurs, un fonctionnement global faible est observé comme étant cinq fois plus fréquent pour les personnes célibataires comparativement aux personnes mariés.

Dans un couple où le conjoint bipolaire présente une venue plus fréquente d'épisodes affectifs, les chercheurs observent des fréquences plus élevées de divorce ou de séparation que dans les couples où la venue d'épisodes affectifs est moins fréquente. L'étude épidémiologique américaine "Epidemiological Catchment Area Study" révèle que les personnes présentant un trouble bipolaire et faisant partie de couples intacts sont moins à risque de développer un épisode affectif sur une période d'un an, lorsque comparé à des personnes présentant un trouble bipolaire mais dont le statut conjugal est autre. Ainsi, le risque pour une personne présentant un trouble bipolaire et faisant partie d'un couple intact de développer un épisode affectif est 3 fois moindre que pour une personne présentant un trouble bipolaire et étant célibataire (jamais mariée). Lorsque comparé à une personne présentant un trouble bipolaire et ayant divorcé une fois, ce risque est 6 fois moindre. Lorsque comparé à une personne présentant un trouble bipolaire et ayant divorcé deux fois, ce risque est 7 fois moindre. Lorsque

comparé à une personne présentant un trouble bipolaire et cohabitant, ce risque est 8 fois moindre (Weissman, Livingston-Bruce, Leaf et al., 1991).

Les personnes présentant un trouble bipolaire sont de deux à quatre fois plus nombreuses que les personnes présentant une dépression majeure ou que les personnes de groupes de comparaison où il y a absence de trouble bipolaire à demeurer célibataire toute leur vie (Bauwens et al., 1991; Chen & Disalver, 1996; Coryell et al., 1993; Solomon et al., 1996).

Critique, résumé et avenues de recherche. De façon générale, une proportion de trois à quatre fois plus élevée de divorces apparaît chez les personnes présentant un trouble bipolaire comparativement aux personnes de la population générale ou comparativement aux personnes sans ce trouble mental. Pour les personnes présentant un trouble bipolaire aucun lien n'a été fait entre la satisfaction conjugale et la stabilité conjugale. La prise en considération de la stabilité conjugale est particulièrement importante pour ces personnes, puisqu'il ne semble pas y avoir de différence significative entre la satisfaction conjugale des groupes de participants sans trouble mental et la satisfaction conjugale des

groupes de participants bipolaires lorsque ceux-ci sont en rémission.

DES FACTEURS QUI PEUVENT INFLUENCER LA SATISFACTION CONJUGALE

Traits de personnalité

Les traits de personnalité sont des caractéristiques passablement stables quant aux dispositions qu'ont les personnes à percevoir différentes situations de façon similaires et à réagir de façon constante malgré les changements de condition des stimuli, des valeurs, des motifs, des défenses, et des aspects de tempérament, d'identité et de style personnel (Woolman, 1988). Plusieurs traits de personnalité peuvent se regrouper selon des unités plus grandes et seront nommés facteurs ou dimensions de la personnalité. Pendant longtemps deux modèles de la personnalité ont dominé le domaine de la structure de la personnalité soit, le modèle des trois dimensions de la personnalité de Eysenck (1947, 1967 cités dans Zuckerman, Kuhlman, Joiremen et al, 1993) et le modèle des 16 dimensions de Cattell (1957, cité dans Zuckerman et al, 1993). Si d'autres modèles sont apparus entre-temps, il est convenu à ce jour que les modèles optimaux pour décrire la personnalité comprennent entre

trois et sept dimensions (Costa & McRae, 1992; Zuckerman et al., 1993).

Selon Costa et McRae (1992), la plupart des différences au plan de la personnalité peuvent être comprises selon cinq dimensions de base. Le névrosisme (N) par opposition à la stabilité émotionnelle, est la tendance à la détresse psychologique. Le névrosisme est caractérisé par la tendance à la dépression, à l'hostilité ou à l'agressivité, à l'anxiété et à la conscience de soi exacerbée. L'extraversion (E) par opposition à l'introversion, est une dimension qui comprend plusieurs traits soit, la sociabilité, l'activité et la tendance à vivre des émotions positives et du plaisir. Les personnes caractérisées par l'ouverture à l'expérience (O), ou à la nouveauté, ou encore à l'intellect, ont de l'imagination et sont sensibles à l'art et à la beauté, ils sont curieux intellectuellement, et flexibles au plan du comportement, des attitudes et des valeurs. Par contre, la confiance, la sympathie et la coopération constituent la dimension consensus "agreeableness" (A) par opposition à l'antagonisme. Finalement, l'aspect consciencieux (C) ou volonté de réussir, établit un contraste entre les

personnes scrupuleuses, bien organisées et diligentes, et celles qui sont désorganisées et apathiques.

Les études ont démontré des relations importantes entre les dimensions ou les traits de personnalité et la prédisposition ou la présence de psychopathologies chez les personnes (Costa et McRae, 1992). Le rôle des traits de personnalité dans l'étiologie et le développement des troubles mentaux n'a pas encore été tout-à-fait éclairci. En relation avec les troubles mentaux, les traits de personnalité pourraient tout aussi bien être: 1) des facteurs de risque, 2) des caractéristiques prémorbides ou postmorbides (i.e. des manifestations sous-syndromales des troubles) et 3) des caractéristiques comorbides (indépendantes des troubles psychologiques) (Goodwin & Jamieson, 1990). Les personnes affectées par une dépression majeure, comparativement aux personnes sans trouble mental, présentent des niveaux élevés de névrosisme, non seulement pendant les épisodes, mais aussi lorsqu'elles sont en rémission (Barnett & Gotlib, 1988; Hirschfeld, Klerman, Keller et al., 1986). Le névrosisme qui semble une caractéristique stable chez les participants de la population générale, varierait avec la sévérité des symptômes dépressifs chez les participants présentant une dépression majeure (Barnett et Gotlib,

1988; Hirschfeld, Klerman, Keller et al., 1986; Liebowitz, Stallone, Dunner et Fieve, 1980). Les patients qui présentent des niveaux de névrosisme élevés, comparativement à ceux qui n'en présentent pas répondent moins bien au traitement pharmacologiques et à la psychothérapie (Abou-saleh & Coppen, 1986; Maj et al., 1984, cités dans Solomon et al., 1996)

Traits de personnalité des personnes présentant un trouble bipolaire

Sept études, ayant pour objet le trouble bipolaire, portent sur les variables de la personnalité telles que décrites ci-haut. Les quatre études retenues ici sont celles qui présentent un groupe contrôle ou encore, celles qui présentent un devis longitudinal prospectif. Les études qui comparent des normes aux caractéristiques de la personnalité de groupes de participants présentant un trouble bipolaire, ne sont pas analysées. Hirschfeld et al. (1986) démontrent que les niveaux de névrosisme des groupes de participants servant à établir les normes peuvent être significativement plus élevés comparativement aux niveaux de névrosisme des groupes de comparaison où il y a absence de trouble mental.

Clayton, Ernst et Angst (1994) ont évalués le niveau de névrosisme chez des jeunes hommes suisses de 19 ans qui, en 1971, passent un examen médical pour faire leur service militaire. Au moment de l'évaluation, jamais ceux-ci n'avaient développé de trouble bipolaire ou de dépression majeure. Une dizaine d'années plus tard, la revue des dossiers psychiatriques et des dossiers de santé permet aux auteurs de retracer ceux qui ont développé un trouble bipolaire et ceux qui ont développé un trouble de dépression majeure et de former un groupe de comparaison avec ceux qui sont sans trouble mental. Aucune différence significative n'apparaît sur le névrosisme et l'extraversion entre les participants présentant un trouble bipolaire et les participants sans trouble mental. Par contre, s'il n'y a pas de différence significative quant à l'extraversion entre les participants présentant une dépression majeure et les participants sans trouble mental, les participants présentant une dépression majeure montrent des niveaux plus élevés de névrosisme comparativement à ceux observés chez les participants sans trouble mental.

Liebowitz, Stallone, Dunner et Fieve (1980) comparent un groupe de participants présentant un trouble bipolaire de type I, un groupe de participants présentant

un trouble bipolaire de type II, un groupe de participants présentant une dépression majeure et un groupe de participant sans trouble mental, relativement à leur niveau de névrosisme et à leur niveau d'extraversion. Les participants comparés sont tous euthymiques. Aucune différence significative n'apparaît entre les quatre groupes quant aux niveaux de névrosisme. Le groupe de participants présentant une dépression majeure présente une cote moyenne significativement inférieure sur l'extraversion comparativement aux trois autres groupes de participants. Aucune différence significative n'est observée entre le groupe de participants présentant un trouble bipolaire de type I, le groupe de participants présentant un trouble bipolaire de type II et le groupe de participant sans trouble mental, relativement aux niveaux d'extraversion.

Hirchfeld et al. (1986) comparent un groupe de participants présentant un trouble bipolaire, un groupe de participants présentant une dépression majeure et un groupe de participants sans trouble mental. Les participants présentant un trouble bipolaire ou une dépression majeure sont évalués un an après l'hospitalisation, alors qu'ils ne présentent plus de symptômes dépressifs. Chez les hommes aussi bien que chez

les femmes, les chercheurs observent des niveaux de névrosisme plus élevés pour les groupes de participants présentant le trouble bipolaire et la dépression majeure, comparativement à ceux trouvés pour le groupe de participants sans trouble mental. Ils ne notent aucune différence quant aux niveaux de névrosisme entre le groupe de participants présentant un trouble bipolaire et le groupe de participants présentant une dépression majeure.

Chez les femmes, les niveaux d'extraversion du groupe de participants présentant un trouble bipolaire et du groupe de participants présentant une dépression majeure sont significativement inférieurs à ceux du groupe de participants sans trouble mental. Aucune différence n'est notée quant aux niveaux d'extraversion entre le groupe de participants-femmes présentant un trouble bipolaire et le groupe de participants-femmes présentant une dépression majeure. La situation est différente chez les hommes, où des niveaux d'extraversion inférieurs sont observés pour les participants présentant une dépression majeure, comparativement aux participants présentant un trouble bipolaire et aux participants sans trouble mental. Aucune différence n'est notée quant aux niveaux d'extraversion entre le groupe de participants-

hommes présentant un trouble bipolaire et le groupe de participants-hommes sans trouble mental.

Solomon et al. (1996) comparent un groupe de participants présentant un trouble bipolaire de type I à un groupe de participants sans trouble mental. Les participants sont évalués alors qu'ils sont euthymiques. Les participants présentant un trouble bipolaire n'ont présenté aucun symptôme de manie ou de dépression depuis au moins quatre ans. Sur le névrosisme, des cotes significativement plus élevées sont observées pour les participants présentant un trouble bipolaire comparativement aux participants sans trouble mental. Par contre sur l'extraversion, aucune différence significative n'apparaît entre les deux groupes.

Swendsen, Hammen, Heller et Gitlin (1995), s'intéressent dans le cadre d'une étude longitudinale de plus d'un an portant sur des personnes avec un trouble bipolaire en rémission, à la prédiction de la rechute en fonction des caractéristiques cliniques et des stressseurs. Les participants subissant des niveaux plus élevés de stress sont plus nombreux à faire des rechutes. Ceux qui présentent une fréquence plus élevée d'épisodes sont affectés par des niveaux d'événements stressants plus élevés. Par ailleurs, au moyen d'une analyse

discriminante, ils distinguent à 85% les participants qui rechutent de ceux qui ne rechutent pas au moyen de l'interaction stress-obsession, l'interaction stress-extraversion, l'obsession et l'extraversion. Des cotes faibles sur l'extraversion sont associées à la rechute. Le névrosisme, le nombre d'épisodes, l'âge au moment de la survenue et l'histoire familiale de troubles psychiatriques, ne contribuent pas de façon significative à expliquer la rechute.

Critique, résumé et avenues de recherche. Les études qui comparent les niveaux de névrosisme et d'extraversion d'un groupe de participants présentant un trouble bipolaire à ceux de normes, doivent être écartées pour tirer des conclusions valables des études. Les normes ne produisant pas des résultats semblables à ceux observés pour les groupes de participants sans trouble mental. Par ailleurs, parmi les études restantes, l'étude de Liebowitz et al. (1979) donne probablement des résultats biaisés en raison des proportions inégales de femmes et d'hommes de ses groupes de participants. Dans cette étude, le groupe de participants sans trouble mental présente une proportion trois fois plus élevée de femmes que d'hommes, comparativement aux groupes de participants présentant un trouble bipolaire. Il est reconnu que des

niveaux de névrosisme plus élevé sont observés chez les femmes comparativement à ce qui est observé chez les hommes (Costa & McRae, 1992).

Les études présentées ci-dessus peuvent se diviser en deux groupes. Le premier groupe ne comporte qu'une seule étude, qui est celle de Clayton et al. (1994). Cette étude a permis d'évaluer des participants avant même la survenue du premier épisode de manie ou de dépression. Le deuxième groupe est formé d'études où les participants ont été évalués après avoir vécu leur premier épisode de manie ou de dépression (Hirschfeld et al., 1986; Liebowitz et al., 1979; Solomon et al., 1996; Swendsen et al., 1995). Si l'on écarte les résultats de l'étude de Liebowitz et al. (1979) parce qu'elle présente un biais méthodologique, des conclusions homogènes peuvent être tirées de l'ensemble des études restantes.

Toutefois, c'est la comparaison des deux groupes d'études qui permet de vraiment mettre en relief des faits éloquentes. Ainsi, avant la survenue du premier épisode de manie ou de dépression, les participants affectés par un trouble bipolaire présentent des niveaux de névrosisme et d'extraversion similaires à ceux des participants sans trouble mental. Après la survenue du premier épisode de manie ou de dépression majeure, les

participants affectés par un trouble bipolaire présentent des niveaux de névrosisme supérieurs à ceux des participants sans trouble mental. Pour les femmes, des niveaux d'extraversion significativement moins élevés sont observés pour les participants présentant un trouble bipolaire, comparativement aux participants sans trouble mental. Le névrosisme semble être une caractéristique comorbide chez les personnes ayant déjà développé un trouble bipolaire.

Si l'extraversion est relevée comme une dimension de la personnalité associée à une fréquence moins élevée de la rechute pour les personnes présentant un trouble bipolaire, ce n'est pas le cas du névrosisme.

Pour des échantillons de la population générale, les études ont démontré une relation négative de la satisfaction conjugale avec le névrosisme et une relation positive de la satisfaction conjugale avec l'extraversion.

Les stratégies d'adaptation

Les stratégies d'adaptation font allusion aux ressources internes et externes auxquelles les gens ont recours pour juguler les difficultés qu'elles rencontrent (Haan, 1982). Selon Lazarus (1989) les stratégies

d'adaptation se classent en deux catégories principales: 1) celles centrées sur les émotions, ces dernières entraînant des activités cognitives qui influencent la signification attribuée à l'événement difficile; 2) celles centrées sur le problème, consistant en une entrée en action pour modifier la relation personne-environnement. Endler & Parker (1990) en ajoutent une troisième catégorie, celles basées sur l'évitement. Les stratégies d'adaptation peuvent aussi bien être intrapersonnelles (lorsque le participant détourne son attention sur un événement autre que l'événement difficile), qu'interpersonnelles (lorsque le participant fuit l'événement difficile).

Si certains auteurs définissent les stratégies d'adaptation en fonction de ces trois grandes catégories, d'autres en feront une description plus détaillée. Les stratégies identifiées varieront selon les instruments de mesure utilisés. Ainsi, selon Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al. (1986) l'auto-contrôle et le détachement se regroupent sous les stratégies basées sur les émotions, la confrontation et la résolution de problème planifiée font partie des stratégies de résolution de problème, alors que la fuite-évitement et le détachement se regroupent sous les stratégies d'évitement.

Des recherches ont défini un modèle selon lequel les stratégies d'adaptation seraient une des sources pour expliquer le recours au soutien social (Vaux, 1988). Selon Folkman et al. (1986) la rencontre d'un événement induit chez la personne une évaluation primaire à l'effet que l'événement est: 1) sans importance, 2) bénin ou 3) stressant. Les évaluations primaires sont associés à des émotions particulières: 1) la blessure ("harm") et la perte sont associés avec la tristesse et le deuil, 2) la menace est appariée avec la peur et l'anxiété et 3) le défi avec l'euphorie ("exhilaration") et l'excitation. Par contraste, les évaluations secondaires font référence aux jugements de la personne quant aux ressources et aux options qu'elle peut utiliser pour transiger avec la perte, la menace ou le défi. Les stratégies d'adaptation représentent donc des efforts cognitifs et comportementaux mis en branle pour gérer les demandes internes et externes. Elles sont influencées par les évaluations secondaires entre autres facteurs.

Selon Folkman et al. (1986), les stratégies d'adaptation peuvent être considérées comme la réponse d'une personne lorsqu'elle fait face à un événement stressant. Cette réponse peut changer suite à l'arrivée d'informations nouvelles ou de faits nouveaux car ces

derniers modifient le rapport qui s'est établi au départ entre la personne et l'événement en question. C'est ce qu'on désigne sous les stratégies d'adaptation de type état. Lazarus (1993) souligne aussi l'existence de stratégies d'adaptation de type trait. Ce type de stratégies serait, de façon générale, celui privilégié par la personne peu importe le type de situation comportant du stress. Endler et Parker (1990) présentent une mesure qui s'apparente plutôt à ce type d'approche.

Peu de chercheurs étudient des échantillons formés de personnes caractérisées par des troubles psychologiques. Néanmoins, quelques études ont été effectuées sur la relation qui existe entre les symptômes dépressifs et les stratégies d'adaptation chez des groupes de personnes traitées pour une dépression. Des comparaisons ont été faites dans ces études avec des groupes de personnes provenant de la population générale.

Les personnes qui présentent une dépression majeure ou une dysthymie, comparativement à celles qui n'en présentent pas, ont tendance à recourir à une stratégie d'adaptation de décharge affective, alors qu'elles font peu usage des stratégies de résolution de problèmes (Billing, Cronkite & Moos, 1983; Billing & Moos, 1984). Coyne, Aldwin et Lazarus (1981) trouvent que,

comparativement à un groupe de non-dépressifs, les dépressifs sont caractérisés par l'utilisation de stratégies centrées sur les émotions. Ces chercheurs ne notent aucune différence significative entre les deux groupes quant à l'utilisation de la stratégie de résolution de problèmes. Endler et Parker (1990) ont étudié un échantillon d'étudiants de niveau universitaire. Ils rapportent une plus grande utilisation de stratégies d'adaptation centrées sur les émotions chez les personnes qui présentent des symptômes dépressifs plus élevés. Un phénomène semblable a probablement lieu chez les personnes présentant un trouble bipolaire.

Critique, résumé et avenues de recherche. Aucune recherche n'a été effectuée sur les stratégies d'adaptation employées par les personnes présentant un trouble bipolaire.

Selon les études qui précèdent, il est possible de conclure que les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotivité caractérisent les personnes qui présentent des symptômes dépressifs. Cela est vérifié pour les personnes présentant un trouble dépressif aussi bien que pour les personnes provenant de la population générale. De plus, plus le symptôme dépressif est élevé, plus les

personnes appartenant à d'aucuns des deux groupes feront appel aux stratégies d'adaptation centrées sur l'émotivité.

Soutien social

Il existe plusieurs définitions pour le soutien social. Pour donner un aperçu de leur diversité, Hobfoll et Vaux (1993) en citent quelques-unes: 1) Caplan (1974) définit le soutien social comme étant le fait de transactions entre personnes impliquant le partage de tâches, le don d'aide matérielle et de réconfort émotif, 2) Cobb (1976) et Weiss (1974), mettent l'emphase sur une définition du soutien social comme étant le produit de croyances à l'effet que la personne se sent estimée et choyée ("cared for") et 3) Cassel (1974) perçoit le soutien social d'une perspective selon laquelle l'absence ou la désintégration des liens sociaux importants aboutissent en un déséquilibre et en une susceptibilité accrue aux maladies.

Dans un effort en vue d'organiser et de simplifier le domaine de recherche que représente le soutien social, Vaux (1988) conclut suite à l'examen des différents instruments de mesure utilisés, que les différents

concepts développés sont également valides, bien pensés et constituent des mesures divergentes. Ainsi, plutôt que d'essayer de déterminer qu'elle est la mesure du soutien social la plus adéquate, il serait plus avisé de considérer le soutien social comme un construit multidimensionnel. Dans ce sens, plusieurs modèles ont été proposés. Selon Cutrona et Russel (1990) les modèles existants s'apparentent ou sont inclus dans le modèle de Weiss. Ce modèle comprend six dimensions du soutien social: 1) le soutien émotif, 2) le soutien du réseau ou l'intégration sociale, 3) le soutien de l'estime, 4) l'aide tangible, 5) le soutien informatif et 6) le don de soutien à autrui. Pour sa part, Vaux (1988) propose de considérer le soutien social comme comprenant trois principaux éléments conceptuels: 1) les ressources du réseau de soutien, 2) les comportements de soutien et 3) les perceptions ou les évaluations du soutien (support appraisals) (V. aussi Hobfoll et Vaux, 1993).

Le soutien social peut influencer directement le fonctionnement de la personne (Kessler & McLeod, 1985; Thoits, 1986) ou encore il peut tamponner ("buffered") ou contrer les conséquences négatives attribuables au stress (Cohen & Wills, 1985 in Newcomb 1990). Des évidences pour ces deux types d'effets existent, mais

elles ne permettent pas encore de spécifier ce qui fera qu'un ou l'autre de ces effets sera privilégié dans le cadre d'une problématique spécifique.

Plusieurs recensions des écrits sur le soutien social sont disponibles (Brugha, 1988, 1989; Champion, 1990; Cutrona et Russell, 1990; Hobfoll & Vaux, 1993; Paykel & Cooper, 1992; Starker, 1986; Vaux, 1988). La plupart des études qui se penchent sur le soutien social portent sur des échantillons de la population générale. Néanmoins, quelques études portent sur des groupes de patients dépressifs et sur des groupes de patients présentant des psychopathologies diverses (Brugha, 1988, 1989; Paykel, 1992). Le soutien social joue un rôle important quant à l'issue positive de problèmes de santé en général et quant aux problèmes de santé mentale en particulier (Gottman, 1993; Turner, 1994).

Comparativement aux mesures de soutien social qui sont qualifiées d'objectives, les mesures de soutien social qui sont dites de perception ("support appraisals") sont les mesures de soutien social qui présentent les relations les plus élevées avec les variables comportementales (Hobfoll & Vaux 1993; Folkman et al., 1986). Vaux (1988) et Hobfoll et Vaux (1993) expliquent de deux façons cette primauté du soutien

social qui est perçu sur le soutien social qui est qualifié d'objectif. Ces auteurs indiquent que les mesures de perception du soutien social tirent leur force de ce qu'elles représentent probablement des indices plus globaux. Les mesures plus objectives seraient limitées quant à leur exhaustivité. Par ailleurs, ces auteurs notent que le soutien social perçu par le participant lui-même est plus susceptible d'influencer ses attitudes et ses comportements.

Des liens existent sûrement entre le soutien social et les traits de personnalité. En situation interpersonnelle, le névrosisme est une caractéristique qui pourrait être un obstacle au développement de relations harmonieuses. L'apparition d'émotions négatives chez le participant peut être une entrave à ce qu'il demeure en présence d'autres personnes ou à ce qu'il pose des comportements d'approche envers d'autres personnes. Par contre, l'extraversion faciliterait les comportements d'approche, puisque selon Newcomb (1990), il serait lié à la propension de la personne à s'intégrer socialement et à développer un réseau social solide.

Soutien social des personnes présentant un trouble
bipolaire

Romans et McPherson (1992) examinent les différents aspects du soutien social pour un groupe de personnes présentant un trouble bipolaire et pour un groupe de personnes provenant de la population, où la présence de trouble mental n'est pas vérifiée. Comparativement aux participants de la population les personnes affectées par un trouble bipolaire présentent des cotes significativement moins élevées sur l'adéquacité et la disponibilité perçue des personnes qui leur sont les plus intimes et des personnes qui leur sont moins intimes. Chez les personnes affectées par un trouble bipolaire, les personnes mariées présentent des cotes plus élevées sur l'adéquacité et la disponibilité perçue des personnes qui leur sont les plus intimes, comparativement à celles qui ne sont pas mariées. Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les personnes présentant un trouble bipolaire qui sont mariées et celles qui ne le sont pas, sur l'adéquacité et la disponibilité perçue des personnes qui leurs sont moins intimes. Pour les personnes présentant un trouble bipolaire, des corrélations faibles et négatives sont observées entre

certaines des mesures de soutien social d'une part, et l'âge et la durée du trouble d'autre part.

O'Connell, Mayo, Eng et al. (1985), dans une recherche sans groupe de comparaison, rapportent que le soutien social est supérieur à des variables telles que l'âge, l'éducation, la classe sociale et le nombre d'hospitalisations antérieures, quant à la corrélation qui s'offre avec l'issue du trouble mesurée un an plus tard. Par l'issue du trouble, les chercheurs entendent le nombre d'épisodes affectifs, le fonctionnement social et le fonctionnement global (tel que mesuré par le General Assessment Scale).

Critique, résumé et avenues de recherche. Seulement deux études portent sur le soutien social et sur le trouble bipolaire. Elles ne font pas le lien avec la satisfaction conjugale, mais elles examinent le lien avec la stabilité conjugale. Sur les mesures de soutien social perçu, les personnes affectées par un trouble bipolaire présentent des cotes plus faibles, comparativement aux personnes de la population. Les personnes présentant un trouble bipolaire et mariées montrent une satisfaction plus élevée du soutien social face aux relations intimes comparativement à celles qui ne sont pas mariées. De plus, le soutien social semble une variable importante

pour expliquer certains aspects du fonctionnement global des personnes présentant un trouble bipolaire.

Pour des échantillons provenant de la population, où la présence de trouble mental n'est pas vérifiée, les mesures dites de perception du soutien social s'avèrent les mesures les plus robustes et les plus puissantes, et semblent donc les plus indiquées à utiliser.

LE FONCTIONNEMENT DU COUPLE: UN MODÈLE

Suite à une méta-analyse, Karney et Bradbury (1995) ont récemment proposé un modèle général pour étudier le phénomène du fonctionnement du couple (figure 1). Dans ce modèle, les processus d'adaptation interagissent directement avec la satisfaction conjugale. Celle-ci, à son tour, influencerait la stabilité conjugale. La vulnérabilité et les événements stressants influenceraient directement les processus d'adaptation des membres du couple, mais plus indirectement la satisfaction conjugale et la stabilité conjugale, car il n'y a pas de lien direct véritablement établi entre la vulnérabilité et les événements stressants et la satisfaction conjugale. Étant donné la hiérarchie du modèle, la vulnérabilité et les événements stressants comparativement aux processus d'adaptation, auraient donc

une action plus indirecte sur le fonctionnement du couple. Étant donné le grand nombre de variables incluses dans chacune des grandes catégories que représentent la vulnérabilité, les événements stressants et les processus d'adaptation, Karney et Bradbury (1995) considèrent que les chercheurs ne pourront tester leur modèle que par segments.

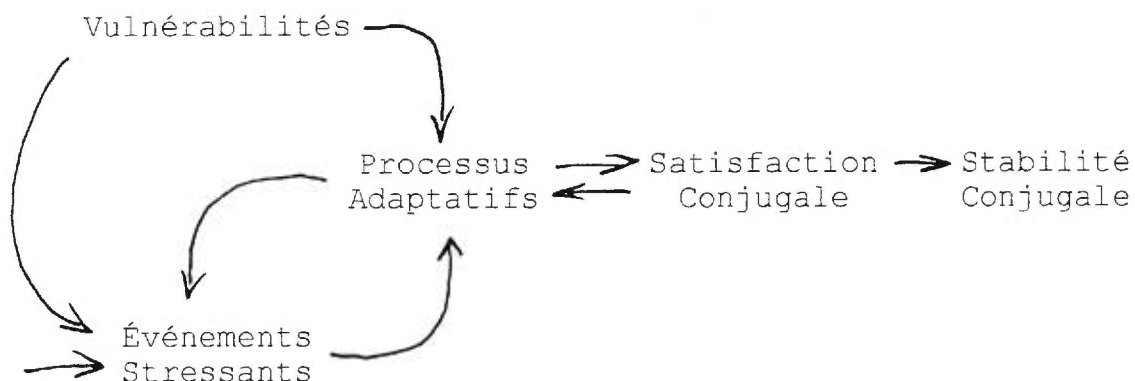


Figure 1: Un modèle vulnérabilité-stress-adaptation pour le fonctionnement conjugal (modèle modifié à partir de Karney et Bradbury, 1995).

Ainsi, en suivant ce modèle, des variables comme le soutien social et les stratégies d'adaptation, qui font partie intégrante des processus d'adaptation, agiraient

directement sur la satisfaction conjugale, alors que la présence de psychopathologie comme le trouble bipolaire et les traits de personnalité, caractéristiques faisant partie de la vulnérabilité, auraient une influence moins directe, le soutien social et les stratégies d'adaptation agissant comme médiateurs de leurs effets.

Ces dernières années, il est devenu de plus en plus évident que les thérapeutiques pharmacologiques pour les personnes souffrant d'un trouble bipolaire avaient leurs limites. Il est certainement possible d'y ajouter des interventions de type psychosocial pour améliorer le traitement du trouble et même pour prévenir les épisodes affectifs qui touchent non seulement les personnes présentant un trouble bipolaire, mais aussi les membres de leur famille. À cette fin, il est impératif de mieux documenter le fonctionnement psychosocial de ces personnes.

LA PRÉSENTE ÉTUDE

La présente étude se propose d'aborder cette question sous l'angle du fonctionnement conjugal chez les couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire. Plus spécifiquement, pour les personnes présentant un trouble bipolaire en rémission et leurs

conjointes, il est question de documenter leur fonctionnement conjugal. Il est question aussi de mieux comprendre le cours du trouble bipolaire en étudiant la relation qui existe chez ces couples entre le fonctionnement conjugal et des variables psychosociales comme les traits de personnalité, le soutien social et les stratégies d'adaptation. Le petit nombre d'études et les lacunes méthodologiques qu'elles présentent mériteraient qu'on s'attarde à la satisfaction conjugale pour elle-même. L'examen des autres variables ajouteront des éléments supplémentaires pour la compréhension du phénomène de couple chez les personnes présentant un trouble bipolaire.

La présente étude a pour objet d'examiner, chez des couples où l'un des membres présente un trouble bipolaire, mais aussi chez des couples où les deux conjoints sont sans trouble mental, la variation de la satisfaction conjugale en fonction: 1) des traits de personnalité, 2) des stratégies d'adaptation et 3) de la satisfaction du soutien social. De façon concomitante la fréquence du divorce est aussi examinée.

Le premier objectif est de décrire les différences entre les deux groupes étudiés lorsqu'ils sont comparés sur les variables spécifiques associées au fonctionnement

conjugal, et celles faisant partie des traits de personnalité, des stratégies d'adaptation et du soutien social.

Hypothèses

Le deuxième objectif vise à vérifier des hypothèses bien précises. Ainsi, trois grandes catégories d'hypothèses sur la satisfaction conjugale sont soulevées:

A) la satisfaction conjugale varie en fonction du type de couple:

- 1) Les personnes faisant partie de couples où les conjoints sont sans trouble mental présenteront une satisfaction conjugale plus élevée comparativement aux personnes faisant partie de couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire.

B) la satisfaction conjugale varie en fonction du fonctionnement psychosocial du participant et du type de couple dont il fait partie:

- 2) Une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant à l'absence de divorce et à l'absence du trouble bipolaire dans son couple.

- 3) Une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant au trait de névrosisme faible et à l'absence du trouble bipolaire dans son couple.
- 4) Une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant à des stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité basse et à l'absence du trouble bipolaire dans son couple.
- 5) Une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant à une satisfaction élevée du soutien social et à l'absence du trouble bipolaire dans son couple.

C) La satisfaction conjugale varie en fonction du fonctionnement psychosocial du participant, mais aussi en fonction du fonctionnement psychosocial de son conjoint.

- 6) Un modèle prédisant qu'une satisfaction conjugale élevée est liée à un névrosisme faible du participant, à un névrosisme faible de son conjoint et à l'absence du trouble bipolaire dans le couple, est supérieur à un modèle prédisant qu'une satisfaction conjugale élevée est liée à un névrosisme faible chez le participant et à l'absence du trouble bipolaire.

Finalement, le dernier objectif de l'étude sera de présenter des estimés du risque relatif associé aux différentes variables psychosociales quant à la présence de détresse conjugale des participants.

De façon à corriger les faiblesses qui caractérisaient les études antécédantes, la présente étude veille à être rigoureuse conceptuellement et méthodologiquement. Ainsi, non seulement la satisfaction conjugale est-elle étudiée, mais aussi la stabilité conjugale (le divorce antécédant). De plus, il y a une évaluation des différences entre les hommes et les femmes. Entre les participants présentant un trouble bipolaire et les participants sans trouble mental, une analyse est effectuée non seulement en termes de degré (par exemple, une satisfaction conjugale plus faible est-elle présente chez les personnes présentant un trouble bipolaire comparativement aux participants sans trouble mental?), mais aussi en termes de la force de l'association (par exemple, théoriquement, rien n'empêche qu'un lien important existe entre la présence du trouble bipolaire et la satisfaction conjugale, même si les personnes affectées par un trouble bipolaire ne présentent pas une satisfaction conjugale inférieure à celle des personnes sans troubles mentaux).

Du point de vue méthodologique, les éléments suivants assurent une qualité méthodologique supérieure:

- 1) une procédure diagnostique très stricte (recours à un protocole d'entrevue structurée, accords interjuges),
- 2) une sélection d'instruments de mesures présentant des qualités psychométriques supérieures,
- 3) le choix d'un groupe de comparaison où il y a absence de trouble mental et dont les familles sont pratiquement exemptes de trouble mental sur trois générations,
- 4) des tailles d'échantillons suffisamment grand pour tester les hypothèses de façon valable et
- 5) l'intégration des variables socio-démographiques à même le design de l'étude.

Par surcroît, les analyses statistiques proposées sont rigoureuses et adaptées aux hypothèses examinées.

MÉTHODOLOGIE

PARTICIPANTS

Les participants recrutés pour l'étude sont divisés en deux groupes. Le premier groupe est formé de couples où l'un des conjoints est affecté par un trouble bipolaire. Le deuxième groupe est formé de couples sans trouble mental. Pour chaque couple, les membres sont évalués individuellement. Tous les participants répondent aux critères d'inclusion suivants: 1) vivre avec le conjoint actuel depuis au moins un an, 2) avoir reçu son éducation scolaire au Canada, 3) avoir au moins un enfant âgé entre cinq et 12 ans, 4) présenter un quotient intellectuel d'au moins 70 et 5) être exempt d'une maladie chronique ou d'une infirmité (handicap physique).

Les participants faisant partie du groupe de couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire sont évalués alors que la personne qui présente le trouble bipolaire n'est pas symptomatique. Ils sont recrutés auprès de l'Association des dépressifs et maniaco-dépressifs, et auprès des départements de psychiatrie de plusieurs hôpitaux de la région métropolitaine. Le critère d'inclusion spécifiquement rattaché au groupe de couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire, c'est qu'un membre du couple doit présenter un

diagnostic de trouble bipolaire selon les critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Les participants faisant partie du groupe de couples sans trouble mental sont recrutés au moyen d'articles et d'annonces publiées dans les journaux, et aussi auprès d'organismes sociaux et récréatifs. Le critère d'inclusion spécifiquement rattaché au groupe de couples sans trouble mental, c'est qu'aucun des membres du couple ne présente un trouble mental sur l'axe I du DSM-IV (tel qu'évalué au moyen du SCID-I ("Structured Clinical Interview for DSM-III-R", version modifiée, voir ci-dessous), à l'exception de phobies simples ou de troubles d'adaptation.

Recrutement

La sollicitation auprès des départements de psychiatrie des hôpitaux de la région métropolitaine permet d'établir une liste de 100 participants présentant potentiellement un diagnostic de trouble bipolaire (tel qu'identifié par des psychiatres). De ce nombre, 30% refusent de participer à l'étude suite à un premier contact avec l'agent de recrutement, 20% ne peuvent être retracés, et 20% ne peuvent participer à l'étude à cause d'un refus de la part du psychiatre traitant. Seuls 30% des participants de la liste de départ, soit 30

participants, acceptent d'être recontactés pour que l'étude leur soit expliquée plus en détail. La sollicitation au moyen de publicité verbale et écrite auprès de l'Association des dépressifs et maniaco-dépressifs permet d'établir une liste de 33 participants acceptant d'être contactés pour que l'étude leur soit expliquée plus en détail. Sur les 63 participants au total acceptant d'être recontactés, 11% refusent de participer à l'étude et 27% ne rencontrent pas les critères d'inclusion.

En ce qui concerne les couples formés de personnes sans trouble mental, le recrutement auprès de la population générale permet de contacter 127 participants par téléphone. De ce nombre, 20% refusent de participer à l'étude suite à une description plus détaillée de l'étude et 50% sont exclus parce qu'ils ne rencontrent pas les critères d'inclusion. Le processus de recrutement des participants permet de rassembler un total de 39 couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire et de 38 couples formés de personnes sans trouble mental.

Les participants sont informés par téléphone des objectifs de l'étude, du temps qu'ils devront y consacrer et de la possibilité qu'ils ont de mettre fin à leur participation à tout moment. Par la suite, ils sont

conviés à une entrevue d'évaluation d'une durée variant de 90 minutes à quatre heures. Au début de l'entrevue, il leur est demandé de signer un formulaire de consentement éclairé. En plus de l'évaluation, ils devront compléter une série de questionnaires qu'ils retourneront au chercheur par la poste ou qu'ils lui remettront en main propre.

Dans les couples où il y a une personne affectée par un trouble bipolaire, les diagnostics se répartissent de la façon suivante pour les personnes affectées par le trouble bipolaire: 87% des personnes, soit 33 participants, présentent le trouble bipolaire de type I et 13% des personnes, soit 5 participants, présentent un trouble bipolaire de type II. Les personnes affectées par un trouble bipolaire proviennent du milieu hospitalier dans une proportion de 31% (12 participants), et de l'Association de dépressifs et maniaco-dépressifs dans une proportion de 69% (26 participants). Les conjoints présentent une dépression majeure dans une proportion de 38% (15 participants). Dans les couples sans trouble mental 3% des participants, soit deux participants, présentent un trouble mental qui ne fait pas partie des critères d'exclusion (phobie simple).

INSTRUMENTS DE MESURE

Certains des instruments de mesure utilisés se présentent sous forme de questionnaires, alors que d'autres se présentent sous forme d'entrevues semi-structurées. Les entrevues semi-structurées pour l'établissement du diagnostic et le fonctionnement psychosocial sont menées par cinq évaluateurs expérimentés qui ont été formés par une spécialiste de l'évaluation diagnostique du Centre de recherche Fernand Séguin de l'hôpital psychiatrique Louis Hyppolyte Lafontaine.

Pour les entrevues structurées, la fidélité des mesures est établie au moyen d'enregistrements audio. Des accords interjuges sont effectués de façon aléatoire sur 15% des entrevues effectuées. C'est-à-dire que les enregistrements audio seront cotés par un second évaluateur pour une trentaine de participants choisis au hasard. Afin que les questionnaires distribués aux participants soient remplis en bonne et d'ue forme, ils débutent par des instructions à cette fin. Cependant, de façon à s'assurer d'obtenir des informations précises et complètes, l'évaluateur se rend disponible advenant que des éclaircissements supplémentaires soient nécessaires.

Les coefficients kappa sont utilisés pour le calcul des accords interjuges (Cohen, 1960).

Socio-démographie

Les données socio-démographiques des participants sont recueillies à l'aide d'un formulaire. Ce dernier est rempli par un évaluateur qui demande à chaque participant des informations sur l'âge, le sexe, le statut conjugal, le nombre d'enfants, le nombre d'années de scolarité, les emplois occupés et le revenu de la dernière année.

Diagnostic

Avant que les participants présentant un diagnostic clinique de trouble bipolaire ne soient définitivement acceptés dans l'étude, leur diagnostic est confirmé au moyen des critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) selon l'information fournie à partir du SCID-I (Spitzer, Williams, Gibbon et al., 1990, adapté pour les critères du DSM-IV), une entrevue semi-structurée. Cette entrevue couvre les syndromes psychiatriques majeurs (la schizophrénie, le trouble délirant et les troubles affectifs), en plus de plusieurs autres syndromes (les troubles anxieux, les troubles liés à la consommation d'alcool et de psychotropes, les troubles somatoformes, les troubles de l'alimentation et les troubles d'adaptation, entre autres). Dans le cadre

de la présente étude, des accords parfaits ($\kappa = 1,00$) sont obtenus pour le diagnostic de trouble bipolaire. Des accords parfaits ($\kappa = 1$) sont aussi obtenus pour l'absence de diagnostic psychiatrique chez les participants du groupe de comparaison.

Le SCID-I, en plus de permettre de poser un diagnostic, réfère aussi aux variables liées à la psychopathologie. Ainsi, des variables utiles dans le cadre de la présente étude peuvent être colligées: la durée et le nombre d'hospitalisations psychiatriques, l'âge au moment de la survenue du premier épisode du trouble bipolaire, le nombre d'épisodes total et le fonctionnement global clinique (GAF, Global Assessment of Functioning, voir description ci-dessous).

Fonctionnement psychosocial

Le fonctionnement global clinique du participant présentant un diagnostic de trouble bipolaire sera évalué au moment de l'entrevue diagnostique au moyen du "Global Assessment of Functioning" (GAF; APA, 1994; anciennement Global Assessment Scale ou GAS; Endicott, Spitzer, Fleiss et Cohen, 1976). L'échelle possède des cotes de 0 à 100 et présente des points d'ancrage à toutes les dizaines d'unités. Par exemple, le point d'ancrage pour l'intervalle de 61 à 70 est: "Symptômes minimaux,

fonctionnement dysfonctionnel léger, des problèmes ou des préoccupations quotidiens qui sont difficiles à gérer à l'occasion". Le GAS présente une bonne fidélité interjuges (corrélation intraclasse = .61 à .91), et ce, malgré une formation clinique diversifiée des juges et malgré des diagnostics différents pour les populations évaluées (Endicott, Spitzer, Fleiss et Cohen, 1976). Le GAS donne des indications précises lorsqu'il est utilisé pour statuer sur l'état du fonctionnement global à plusieurs moments dans le temps. Il peut être employé pour prédire la réadmission hospitalière. C'est une mesure qui a servi dans bon nombre d'études portant sur des psychopathologies diverses.

La satisfaction conjugale

La satisfaction conjugale est mesurée à l'aide du "Dyadic Adjustment Scale" (DAS; Spanier, 1976; Spanier & Filsinger, 1983). Ce questionnaire couvre la cohésion, la satisfaction, le consensus et l'expression affective de la relation de couple. Les questions sont évaluées sur des échelles qualitatives en cinq points (allant de toujours en désaccord à jamais en désaccord). Cet instrument de mesure présente de bonnes qualités psychométriques (Spanier, 1976; Spanier & Filsinger, 1983). Les coefficients de consistance interne sont très

satisfaisants ($\alpha = .73$ à $.94$). Ce questionnaire présente de hauts niveaux de validité de construit, de validité discriminante, de validité concurrente et de validité prédictive.

Selon Eddy, Heyman & Weiss (1991), le DAS discrimine bien les couples en détresse (i.e. ceux qui consultent en thérapie de couple) des couples sans détresse (les couples satisfaits de la population générale). Un score inférieur à 100 caractérise les couples en détresse. Des traductions en français et des normes québécoises existent pour ce questionnaire (Baillargeon, Dubois et Marineau, 1986; Beaudry & Boisvert, 1988). Le score global du questionnaire (cote variant entre 0 et 151) est utilisé comme mesure satisfaction conjugale (aussi nommée satisfaction conjugale globale dans ce document).

Traits de personnalité

Le NEO PI-R (NEO Personality Inventory; Costa & McCrae, 1992), est un questionnaire permettant de mesurer cinq dimensions de la personnalité, soit: le névrosisme (N), l'extroversion (E), l'ouverture à l'expérience (O), le consensus ("agreeableness") (A) et l'aspect consciencieux (C). Chaque dimension comprend elle-même six sous-échelles que les auteurs de l'instrument de mesure nomment des facettes. Par exemple,

pour le névrosisme ces facettes sont: 1) l'anxiété, 2) l'hostilité colérique, 3) la dépression, 4) la conscience de soi, 5) l'impulsivité et 6) la vulnérabilité. Cet outil de mesure comprend 240 questions qui sont évaluées sur des échelles qualitatives en cinq points (allant du désaccord absolu à l'accord absolu). Les cinq dimensions de la personnalité présentent des valeurs de consistance internes très élevées ($\alpha = .77$ à $.83$) et des valeurs élevées de stabilité temporelle sur une période de 6 ans ($r = 0.77$ à 0.83) (Costa & McCrae, 1992a, 1992b). Des études démontrent de bonnes mesures de validités convergente, discriminante, consensuelle et de construit pour cet instrument de mesure (Costa & McCrae, 1992a, 1992b; Zuckerman et al., 1993). Une version française a été mise au point (Rolland, J.-P. & Petot, J.-M., 1994). La cote totale pour l'échelle du névrosisme servira à mesurer les traits de personnalité (selon les analyses ce sera le score brut ou le score T).

Stratégies d'adaptation

Le "Coping Inventory for Stressful Situations" (CISS; Endler & Parker, 1990) est un questionnaire qui permet de mesurer les stratégies d'adaptation. Cet instrument de mesure comprend 44 questions, qui chacune sont cotées sur une échelle de 5 points (allant de 1 =

pas du tout, à 5 = beaucoup). Ces questions se répartissent en trois échelles pour lesquelles des scores globaux sont obtenus, soit 1) les stratégies centrées sur la tâche, 2) les stratégies centrées sur les émotions et 3) les stratégies centrées sur l'évitement. Deux sous-échelles sont aussi disponibles pour l'échelle des stratégies centrées sur l'évitement, soit a) les stratégies basées sur la distraction et b) les stratégies basées sur le divertissement social. La qualité psychométrique de cet instrument de mesure est très adéquate (Endler & Parker, 1990). Les sous-échelles présentent des coefficients de consistance interne très satisfaisants ($\alpha = .76$ à $.91$), des coefficients d'homogénéité d'items optimaux ($r = .20$ à $.36$), et des corrélations test-retest relativement stables dans le temps ($r = .66$ à $.74$). De plus, le CISS démontre une validité de construit acceptable avec le "Ways of Coping Questionnaire " et une validité de critère modérée (Moos & Schaefer, 1993). Le CISS est traduit et adapté en français, il fait l'objet d'études sur des populations québécoises (Lussier, 1993a, 1993b). La cote sur la sous-échelle des stratégies centrées sur l'émotivité est utilisée pour les analyses (selon les analyses ce sera le score brut ou le score T).

Soutien social

Le questionnaire utilisé pour évaluer le soutien social est "l'Arizona Social Support Interview Schedule" (ASSIS; Barrera, Sandler & Ramsay, 1980). Six catégories de soutien sont évaluées, soit: l'aide matérielle, l'aide physique, l'écoute face aux confidences personnelles, les conseils, la rétroaction positive et le partage d'activités sociales. L'ASSIS permet de déterminer la taille du réseau social, la satisfaction face au besoin comblé et le besoin en soutien pour chaque catégorie de soutien. Des échelles en cinq points servent à évaluer la satisfaction face à l'aide reçue (variant de 1 = suffisant à 5 = insuffisant) et le besoin en soutien (variant de 1 = aucun à 5 = nombreux). Le nombre total de personnes pouvant être source de conflits est aussi évalué. Les qualités psychométriques de l'ASSIS: la consistance interne ($\alpha = .33$), la fidélité test-retest ($r = .52$ à $.88$), sont adéquates. Une adaptation française et des normes pour cet instrument de mesure existent (Lepage, 1984; Lepage, Vezina & Desrosiers, 1989). Lepage (1984) rapporte des qualités psychométriques comparables ou supérieures à celles qui ont été obtenues pour la version anglaise de l'instrument. Pour les fins de la présente étude, où la satisfaction du soutien social est

mesurée, c'est la somme des cotes de satisfaction pour les six catégories de soutien évaluées qui est retenue comme mesure du soutien social. La somme de ces cotes varie de 1 à 30.

Autres mesures

D'autres mesures sont aussi effectuées sur les participants, mais elles ne sont pas requises pour l'actuelle étude. Celles-ci sont: les diagnostic des troubles de la personnalité, le quotient intellectuel, la violence conjugale et les pratiques parentales.

ANALYSES STATISTIQUES

Comme la mesure de la satisfaction conjugale n'est pas une mesure indépendante pour les deux conjoints d'un même couple, des analyses sont effectuées en créant deux variables, soit la satisfaction conjugale des hommes et la satisfaction conjugale des femmes. Ces deux variables sont les mesures dépendantes du devis.

Le nombre de variables indépendantes utilisées dépend des hypothèses testées. Un total de neuf variables indépendantes différentes sont analysées. Une première variable indépendante est la présence dans le couple d'une personne affectée par un trouble bipolaire (1 = présence dans le couple d'une personne affectée par un trouble bipolaire, 0 = couple sans trouble mental). Les

autres variables qui sont analysées séparément pour les hommes et pour les femmes, sont: la présence de divorces ou de séparations antécédants à la relation actuelle (1 = plus d'un divorce ou d'une séparation, 0 = jamais divorcé ou séparé), le niveau de névrosisme, le niveau des stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité et la satisfaction en soutien social. Une mesure additionnelle apparaît dans les analyses. La détresse conjugale n'est qu'une mesure de satisfaction conjugale, mais dichotomisée.

L'étude constituant un devis transversal et naturel, des variables externes au devis sont mesurées de façon à tenter de contrôler du mieux possible les différences entre les groupes. Les variables sélectionnées, mis à part les variables indépendantes, sont celles qui pourraient être une source de différences observées entre les groupes sur les variables dépendantes. Elles comprenaient la durée de la relation conjugale, le nombre d'années de scolarité, le nombre de relations conjugales, le revenu, le nombre d'hospitalisation, l'âge au premier épisode, l'âge à la première hospitalisation et la durée depuis le premier épisode.

Pour identifier la pertinence des variables externes comme covariables, des corrélations sont effectués sur

les variables externes au devis en relation avec les deux variables dépendantes. Les variables retenues comme covariables sont celles qui présentent à la fois des corrélations significatives (r de Pearson, $p < 0,05$) avec les variables dépendantes, et en plus des corrélations significatives avec les variables indépendantes. Les covariables ainsi sélectionnées de même que leurs effets sur les variables dépendantes sont mentionnées dans la section résultats par le biais de notes insérées à la fin du document.

L'analyse des résultats se fait en trois volets. La première série d'analyses se veut descriptive. Dans cette section des comparaisons de moyennes, des comparaisons de nombres et des corrélations simples sont effectuées en fonction des groupes de participants. Dans une deuxième section, au moyen de MANOVAS, d'ANCOVAS, d'ANOVAS (incluant la comparaison de modèle) et de régressions multiples, des hypothèses bien précises sont examinées. Finalement, dans une troisième section des estimés du risque relatif et des régressions multiples de type logistique sont menées.

Le choix des analyses statistiques en rapport avec les hypothèses énoncées et le respect des postulats de base sous-jacent à chaque type d'analyse est validé par

le professeur Jean-François Angers (Ph. D.) du département de mathématique de l'Université de Montréal. L'ensemble des analyses statistiques sont produites au moyen du logiciel SPSS (Norusis, 1990a, 1990b), sauf pour la comparaison de modèles qui est calculé à la main (Ramsay, 1988).

Rares sont les données manquantes dans cette étude. Quatre des participants de l'étude, dont deux participants du groupe sans trouble mental, ont escamoté quelques-uns des items sur certains des questionnaires. Les valeurs de ces items sont remplacés par la valeur moyenne sur les mêmes items, des deux plus proches participants identifiés au moyen de la distance euclidienne calculée sur l'ensemble du questionnaire visé (Angers, 1996).

RÉSULTATS

Les analyses des résultats sont effectuées en fonction de chacune des deux variables dépendantes. Ces variables sont la satisfaction conjugale des hommes et la satisfaction conjugale des femmes. La première section présente les analyses descriptives. Celles-ci portent sur les données socio-démographiques, l'histoire des traitements en psychiatrie, l'issue, les traits de personnalité, les stratégies d'adaptation, le soutien social et la satisfaction conjugale. La deuxième section présente les analyses portant sur les hypothèses spécifiques. Finalement, la dernière section présente les valeurs des risques relatifs associés au névrosisme, aux stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité et à l'insatisfaction du soutien social.

ANALYSES DESCRIPTIVES

La présente section présente un profil descriptif des participants étudiés. Les variables propres à ces profils sont présentées en fonction de l'appartenance des participants soit à un couple comprenant une personne avec un trouble bipolaire (cou-TB), soit à un couple comprenant des personnes sans trouble mental (cou-STM), soit à un groupe formé de personnes célibataires touchées par un trouble bipolaire (TB-cél), soit à un groupe de

personnes en couple touchées par un trouble bipolaire et en couple (TB-cou).

Même si les personnes célibataires étaient exclues de l'étude, le processus de sélection et la cueillette de données a produit un petit échantillon de TB-cél (n = 10). Les données de cet échantillon sont comparées avec les données des TB-cou (n = 39) dans le but de documenter les différences entre ces deux groupes. Ces données permettront de statuer sur la valeur de généralisation des résultats à des participants qui ne sont pas en couple, mais qui ont des enfants.

Caractéristiques socio-démographiques

Les valeurs des variables socio-démographiques pour les cou-TB et les cou-STM sont présentées au tableau 1. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sur les variables suivantes: la proportion d'hommes et de femmes, les moyennes d'âge et de QI, le nombre de participants ayant déjà divorcé, le nombre de participants mariés actuellement, la durée moyenne du statut civil actuel ou le nombre moyen d'enfants par famille. Cependant, comparativement aux participants des cou-TB, les participants des cou-STM possèdent un plus

Tableau 1
Données socio-démographiques: comparaison des couples où il y a une personne bipolaire (cou-TB) et les couples sans trouble mental (cou-STM).

variables	couples		F	χ^2	p
	cou-TB	cou-STM			
	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]			
.genre (nombre)					
..hommes	50% (39)	50% (38)		0,00	1,00
..femmes	50% (39)	50% (38)			
.âge					
.. hommes	39,7 (5,8) _a	39,0 (4,8) _a	0,67		0,414
.. femmes	41,3 (6,2) _a	40,1 (5,3) _a	0,69		0,408
	38,2 (5,1) _a	37,9 (3,7) _a	0,09		0,765
.scolarité (années)					
.. hommes	14,1 (3,1) _a	15,7 (2,8) _b	12,29		0,001
.. femmes	14,2 (2,9) _a	15,8 (2,9) _b	6,15		0,015
	14,0 (3,4) _a	15,6 (2,7) _b	6,00		0,017
.QI					
.. hommes	111 (16) _a	116 (16) _a	1,83		0,180
.. femmes	106 (15) _a	112 (14) _a	3,57		0,063
.revenu					
...moins de \$30,000	55% (43)	33% (25)		9,44	0,002
...plus de \$30,000	45% (35)	69% (52)			
..hommes					
...moins de \$30,000	36% (14)	13% (5)		5,35	0,021
...plus de \$30,000	64% (25)	87% (33)			
...femmes					
...moins de \$30,000	74% (29)	51% (19)		4,86	0,027
...plus de \$30,000	26% (10)	49% (19)			
.déjà divorcé					
..hommes	18% (14)	11% (8)		1,56	0,211
..femmes	18% (7)	16% (6)		0,55	0,457
	18% (7)	5% (2)		2,68	0,102
.statut civil actuel des couples					
.. mariés	69% (54)	77% (60)		0,88	0,349
... hommes	69% (27)	77% (30)		0,18	0,672
... femmes	69% (27)	77% (30)		0,18	0,672

Note: les moyennes ou les proportions avec des indices différents (_{a, b}) diffèrent à $p < 0,05$; les valeurs pour lesquelles il n'y a pas d'indice (_{a, b}) ne sont pas incluses dans les comparaisons entre les groupes.

Tableau 1 (suite)
Données socio-démographiques: comparaison des couples où il y a une personne bipolaire (cou-TB) et les couples sans trouble mental (cou-STM).

variables	couples				F	χ^2	p
	cou-TB		cou-STM				
	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]		[% , (n)] ou [M, (É.T.)]				
<hr/>							
.durée du statut civil actuel (mois)							
.. hommes	135	(71) _a	146	(46) _a	0,62		0,434
.. femmes	136	(71) _a	148	(50) _a	0,60		0,441
.nombre d'enfants biologiques							
.. hommes	2,1	(1,0) _a	2,4	(0,8) _a	1,27		0,264
.. femmes	1,9	(0,9) _a	2,4	(0,8) _a	3,91		0,052

Note: les moyennes ou les proportions avec des indices différents (_{a, b}) diffèrent à $p < 0,05$; les valeurs pour lesquelles il n'y a pas d'indice (_{a, b}) ne sont pas incluses dans les comparaisons entre les groupes.

grand nombre d'années de scolarité et sont en moins grand nombre dans la catégorie de revenu inférieur à \$30 000.

Les valeurs des variables socio-démographiques pour les TB-cél et les TB-cou sont présentées au tableau 2. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sur les variables suivantes: la proportion d'hommes et de femmes, les moyennes d'âge, la scolarité et le QI, le nombre de personnes présentant un revenu supérieur ou inférieur à \$30 000, et la durée moyenne du statut civil actuel. Cependant, en ce qui concerne le nombre de personnes ayant déjà divorcé, les participants TB-cél hommes présentent une proportion plus élevée comparativement aux participants TB-cou. Et en ce qui concerne le nombre moyen d'enfants biologiques, celui-ci est significativement inférieur pour les hommes TB-cél comparativement aux hommes TB-cou.

Histoire de traitements en psychiatrie

Les valeurs des données cliniques pour les cou-TB et les cou-STM sont présentées au tableau 3. Elles sont présentées à titre informatif, puisqu'aucun test statistique n'est fait sur ces données. Les valeurs des

Tableau 2

Données socio-démographiques: comparaison des personnes avec un trouble bipolaire qui sont célibataires (TB-cél) et qui sont en couple (TB-cou).

variables	participants		F	χ^2	p
	TB-cél	TB-cou			
	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]			
.genre (nombre)					
..hommes	40% (4)	59% (23)		1,16	0,280
..femmes	60% (6)	41% (16)			
.âge	39,0 (6,1) _a	40,0 (6,1) _a	0,02		0,656
.. hommes	40,0 (8,0) _a	40,6 (6,6) _a	0,03		0,869
.. femmes	38,3 (5,2) _a	39,1 (5,5) _a	0,08		0,781
.scolarité (années)	13,1 (2,7) _a	14,2 (2,8) _a	1,32		0,256
.. hommes	15,5 (0,6) _a	14,0 (2,4) _a	1,37		0,253
.. femmes	11,5 (2,3) _a	14,5 (3,2) _a	4,14		0,055
.QI	107 (16) _a	116 (14) _a	0,11		0,741
.. hommes	104 (7) _a	109 (14) _a	0,62		0,439
.. femmes	111 (20) _a	102 (14) _a	1,43		0,246
.revenu					
...moins de \$30,000	50% (5)	49% (19)		0,01	0,942
...plus de \$30,000	50% (5)	51% (20)			
..hommes					
...moins de \$30,000	25% (1)	30% (7)		0,05	0,826
...plus de \$30,000	75% (3)	70% (16)			
...femmes					
...moins de \$30,000	67% (4)	75% (12)		0,15	0,696
...plus de \$30,000	33% (2)	25% (4)			
.déjà divorcé	70% (7)	21% (8)		9,18	0,002
..hommes	100% (4)	17% (4)		11,15	0,001
..femmes	50% (3)	25% (4)		1,26	0,262
.statut civil actuel des couples					
.. mariés	-	69% (27)			
... hommes	-	65% (15)			
... femmes	-	75% (12)			

Note: les moyennes ou les proportions avec des indices différents (_{a, b}) diffèrent à $p < 0,05$; les valeurs pour lesquelles il n'y a pas d'indice (_{a, b}) ne sont pas incluses dans les comparaisons entre les groupes.

Tableau 2 (suite)

Données socio-démographiques: comparaison des personnes avec un trouble bipolaire qui sont célibataires (TB-cél) et qui sont en couple (TB-cou).

variables	participants		F	χ^2	p
	TB-cél	TB-cou			
	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]			
.durée du statut civil actuel (mois)					
.. hommes	53 (53)	134 (73)			
.. femmes	73 (52)	132 (73)			
.nombre d'enfants biologiques					
.. hommes	1,3 (0,5) _a	2,3 (0,9) _b	4,54		0,043
.. femmes	2,0 (1,5) _a	1,8 (0,6) _a	0,32		0,577

Note: les moyennes ou les proportions avec des indices différents (_{a, b}) diffèrent à $p < 0,05$; les valeurs pour lesquelles il n'y a pas d'indice (_{a, b}) ne sont pas incluses dans les comparaisons entre les groupes.

Tableau 3
 Histoire de traitements en psychiatrie: comparaison des couples où il y a une personne bipolaire (cou-TB) et les couples sans trouble mental (cou-STM).

variables	couples		F	χ^2	p
	cou-TB	cou-STM			
	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]			
.hospitalisations (nombre)	1,2 (1,7)	0 (0)			
.. hommes	1,1 (1,6)	0 (0)			
.. femmes	1,4 (1,8)	0 (0)			
.première hospitalisation (âge)	30 (8)	-			
.. hommes	32 (8)	-			
.. femmes	27 (7)	-			
.premier épisode (âge)	24 (9)	-			
.. hommes	25 (9)	-			
.. femmes	23 (9)	-			

Note: les moyennes ou les proportions avec des indices différents différents (_{a, b}) différent à p < 0,05; les valeurs pour lesquelles il n'y a pas d'indice (_{a, b}) ne sont pas incluses dans les comparaisons entre les groupes.

données cliniques pour les TB-cél et les TB-cou sont présentées au tableau 4. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sur les variables suivantes: les moyennes de l'âge à la première hospitalisation et de l'âge au premier épisode affectif. Cependant, comparativement aux participants TB-cou, les participants TB-cél cumulent un nombre d'hospitalisations moyen significativement plus grand.

Fonctionnement global

Les valeurs du fonctionnement global ou de l'issue pour les cou-TB et les cou-STM, présentées au tableau 5, indiquent que les participants des cou-STM présentent un fonctionnement global clinique (GAF) moyen supérieur à celui des participants des cou-TB.

Les valeurs de l'issue pour les TB-cél et les participants TB-cou, présentées au tableau 6, indiquent que les femmes TB-cél présentent un fonctionnement global clinique moyen (GAF) significativement inférieur à celui des femmes TB-cou.

Tableau 4
 Histoire de traitements en psychiatrie: comparaison des personnes avec un trouble bipolaire
 qui sont célibataires (TB-cél) et qui sont en couple (TB-cou).

variables	participants		F	χ^2	p
	TB-cél	TB-cou			
	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]			
.provenance de milieu hospitalier ¹	30% (3) _a	31% (12) _a			
.hospitalisations (nombre)	3,6 (1,7) _a	2,3 (1,8) _b	4,27		0,044
.. hommes	2,3 (1,9) _a	1,8 (1,8) _a	0,24		0,631
.. femmes	4,5 (0,8) _a	3,0 (1,7) _a	4,13		0,056
.première hospitalisation (âge)	29 (10) _a	30 (8) _a	0,21		0,653
.. hommes	34 (6) _a	32 (8) _a	0,20		0,660
.. femmes	25 (10) _a	28 (6) _a	0,47		0,503
.premier épisode (âge)	25 (11) _a	23 (8) _a	0,42		0,521
.. hommes	29 (9) _a	24 (9) _a	1,04		0,317
.. femmes	23 (12) _a	23 (8) _a	0,01		0,936

Note: les moyennes ou les proportions avec des indices différents différents (_{a, b}) diffèrent à p < 0,05; ¹ la majorité des participants bipolaires provenaient de l'Association des dépressifs et maniaco-dépressifs régionale; les valeurs pour lesquelles il n'y a pas d'indice (_{a, b}) ne sont pas incluses dans les comparaisons entre les groupes.

Tableau 5

Comparaisons des cotes moyennes observées pour les hommes et les femmes des deux types de couple (cou-TB et cou-STM) pour le fonctionnement global mesuré au moyen du Global Assessment of Functioning.

variables	couples				F	χ^2	p
	cou-TB		cou-STM				
	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]			
.fonctionnement global (GAF) ¹	72	(13) _a	84	(6) _b	60,20		< 0,001
.. hommes	72	(14) _a	85	(5) _b	29,61		< 0,001
.. femmes	71	(12) _a	84	(7) _b	30,11		< 0,001

Note: les moyennes ou les proportions avec des indices différents différents (_{a, b}) diffèrent à p < 0,05; ¹ une cote élevée sur le fonctionnement global (GAF, General Assessment of Functioning) est indicateur d'un bon niveau de fonctionnement; ² la majorité des participants bipolaires provenaient de l'Association des dépressifs et maniaco-dépressifs régionale; les valeurs pour lesquelles il n'y a pas d'indice (_{a, b}) ne sont pas incluses dans les comparaisons entre les groupes.

Tableau 6

Comparaisons des cotes moyennes observées des personnes avec un trouble bipolaire qui sont célibataires (TB-cél) et qui sont en couple (TB-cou) pour le fonctionnement global mesuré au moyen du Global Assessment of Functioning.

variables	participants TB				F	χ^2	p
	célibataires		en couple				
	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]	[% , (n)] ou [M, (É.T.)]			
.fonctionnement global (GAF) ¹	58	(10) _a	65	(13) _a	2,84		0,099
.. hommes	65	(10) _a	65	(13) _a	< 0,01		0,954
.. femmes	54	(7) _a	66	(12) _a	5,15		0,034

Note: les moyennes ou les proportions avec des indices différents différents (_{a, b}) diffèrent à p < 0,05; ¹ une cote élevée sur le fonctionnement global (GAF, General Assessment of Functioning) est indicateur d'un bon niveau de fonctionnement; ² la majorité des participants bipolaires provenaient de l'Association des dépressifs et maniaco-dépressifs régionale; les valeurs pour lesquelles il n'y a pas d'indice (_{a, b}) ne sont pas incluses dans les comparaisons entre les groupes.

Traits de personnalité

Les cotes moyennes des scores T obtenues sur les échelles des dimensions de la personnalité sont présentées au tableau 7. Les participants des cou-STM et les participants des cou-TB ne se distinguent pas entre eux relativement aux dimensions de la personnalité qu'est l'aspect consciencieux. Cependant, les participants des cou-STM présentent une cote moyenne significativement moins élevée sur la dimension du névrosisme comparativement aux cotes mesurées pour les participants des cou-TB. C'est l'inverse qui se produit pour la dimension d'extraversion et la dimension d'ouverture à l'expérience, où les cotes moyennes sont significativement plus élevées pour les participants des cou-STM comparativement à celles mesurées pour les participants des cou-TB. Les femmes des cou-STM présentent une cote moyenne significativement plus élevée sur la dimension consciencieuse comparativement aux femmes des cou-TB.

Tableau 7
Comparaisons des cotes moyennes observées pour les hommes et les femmes des deux types de couple (TB et STM) pour les traits de la personnalité¹ mesurées au moyen du Neo Personality Inventory-revised.

Dimensions	TB		STM		F	p
	[M, (É.T.)]		[M, (É.T.)]			
n (n _h , n _f)	76	(37, 39)	75	(36, 37)		
.névrosisme ²	54,5	(13,8) _a	45,2	(7,9) _b	25,77	< 0,001
hommes	55,6	(14,1) _a	45,1	(11,7) _b	17,27	< 0,001
femmes	53,4	(13,6) _a	45,1	(9,6) _b	9,34	0,003
.extroversion ³	45,8	(9,2) _a	51,5	(7,2) _b	9,34	0,003
hommes	47,2	(9,6) _a	52,0	(7,4) _b	4,07	0,048
femmes	46,8	(9,0) _a	51,0	(7,3) _b	4,94	0,029
.ouverture ⁴	49,0	(9,7) _a	52,4	(7,7) _b	5,41	0,021
hommes	47,6	(9,7) _a	50,4	(6,0) _a	1,82	0,181
femmes	50,3	(9,7) _a	53,8	(7,9) _a	2,85	0,096
.consensus ⁵	49,6	(10,0) _a	51,8	(8,2) _a	2,25	0,135
hommes	51,7	(9,2) _a	51,6	(6,9) _a	< 0,01	0,981
femmes	47,6	(10,5) _a	52,5	(9,2) _b	4,60	0,035
.consciencieux ⁶	47,6	(11,3) _a	50,5	(7,0) _a	3,44	0,066
hommes	46,	(11,2) _a	50,7	(6,5) _a	2,85	0,096
femmes	48,2	(11,0) _a	50,6	(7,6) _a	1,12	0,294

Note: TB = trouble bipolaire, STM = sans trouble mental, n = nombre total, n_h = nombre d'hommes, n_f = nombre de femmes, les moyennes présentant des indices différents (a, b, c) différent à p < 0.05; ¹ scores de type T; ² une cote élevée est caractéristique de l'instabilité émotionnelle; ³ une cote élevée correspond à la sociabilité, l'activité, et à la tendance à vivre des émotions positives et du plaisir; ⁴ une cote élevée correspond à une tendance à l'imagination et à une sensibilité à l'art et à la beauté et à une curiosité intellectuelle; ⁵ une cote élevée correspond à une tendance à la confiance, la sympathie et la coopération; ⁶ une cote élevée caractérise les personnes scrupuleuses, bien organisées et diligentes.

Stratégies d'adaptation

Les valeurs moyennes des cotes T mesurées pour les stratégies d'adaptation sont présentées au tableau 8. Il apparaît que les hommes des cou-STM ont des cotes moyennes de stratégies d'adaptation basées sur la résolution de problème significativement plus élevées comparativement aux hommes des cou-TB. Les hommes et les femmes des cou-STM présentent des cotes moyennes de stratégies basées sur l'émotivité significativement moins élevées comparativement aux hommes et aux femmes des cou-TB. Les hommes des cou-STM présentent une cote moyenne de stratégies basées sur l'évitement significativement moins élevée comparativement aux hommes et aux femmes des cou-TB. L'examen des sous-stratégies d'adaptation basées sur la distraction indique que seuls les groupes d'hommes diffèrent significativement entre eux. Ainsi, les hommes des cou-STM ont des cotes moyennes de ces stratégies significativement moins élevées comparativement aux hommes des cou-TB.

Il ne semble pas y avoir de différence significative entre les femmes des deux groupes, quant aux moyennes des

Tableau 8
Comparaisons des cotes moyennes observées pour les hommes et les femmes des deux types de couple (TB et STM) pour les stratégies d'adaptation¹ mesurées au moyen du Coping Inventory for Stressful Situations.

Variable	TB	STM	F	p
	[M, (É.T.)]	[M, (É.T.)]		
n (n _h , n _f)	79 (38, 39)	75 (36, 37)		
.résolution de problèmes	47,1 (10,0) _a	51,6 (9,2) _b	8,10	0,005
hommes	45,1 (9,1) _a	49,8 (8,3) _b	5,46	0,022
femmes	49,1 (10,6) _a	53,4 (9,9) _a	3,28	0,074
.emotion	52,8 (10,5) _a	46,1 (8,2) _b	19,02	< 0,001
hommes	53,0 (10,5) _a	47,4 (7,1) _b	7,04	0,010
femmes	52,6 (10,6) _a	44,9 (9,2) _b	11,22	0,001
.évitement ²	50,5 (11,1) _a	45,3 (9,7) _b	9,42	0,003
hommes	52,7 (9,7) _a	45,1 (10,3) _b	10,55	0,002
femmes	48,4 (12,0) _a	46,0 (9,2) _a	0,94	0,336
..distraction	49,4 (11,0) _a	43,4 (10,2) _b	11,83	0,001
hommes	51,6 (10,6) _a	43,6 (10,1) _b	11,09	0,001
femmes	47,2 (11,1) _a	43,6 (10,6) _a	2,07	0,155
..diversion sociale	49,0 (11,6) _a	46,6 (10,0) _a	1,84	0,178
hommes	49,8 (10,8) _a	46,4 (10,4) _a	1,94	0,168
femmes	48,2 (12,5) _a	47,3 (9,9) _a	0,14	0,712

Note: TB = trouble bipolaire, STM= sans trouble mental, n = nombre total, n_h = nombre d'hommes, n_f = nombre de femmes, les moyennes présentant des indices différents (a, b, c) diffèrent à p < 0.05; ¹ scores de type T; ² les stratégies d'adaptation basées sur l'évitement se subdivisent en deux types, la diversion sociale, où l'évitement a une composante sociale, et la distraction, où l'évitement ne présente pas de composante sociale.

stratégies d'adaptation basées sur la résolution de problème, sur l'évitement et des sous-stratégies basées sur la distraction. Finalement, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, les cotes moyennes des stratégies basées sur la diversion sociale ne semblent pas différer d'un groupe à l'autre.

Soutien social

Les moyennes des scores bruts des différents aspects du soutien social en fonction du type de couple et du genre sont présentées au tableau 9. Les hommes et les femmes des cou-STM présentent des scores supérieurs comparativement aux hommes et aux femmes des cou-TB sur les variables suivantes: les moyennes du nombre de personnes constituant le réseau potentiel, le nombre de personnes constituant le réseau réel et la cote de la satisfaction totale quant au soutien reçu de la part des membres de leur réseau. Par contre, comparativement aux hommes et aux femmes des cou-TB, les hommes et les femmes des cou-STM présentent des moyennes inférieures quant au nombre d'interactions négatives et quant à la cote du

Tableau 9

Comparaisons des cotes moyennes observées pour les hommes et les femmes des deux types de couple (TB et STM) pour le soutien social¹ mesuré au moyen du Arizona Social Support Interview Schedule.

Variable	TB		STM		F	p
	[M, (É.T.)]		[M, (É.T.)]			
n (n _h , n _f)	78	(39, 39)	77	(38, 39)		
.réseau potentiel (nombre de personnes)	16,8	(11,2) _a	26,8	(18,9) _b	15,30	< 0,001
hommes	16,9	(11,9) _a	27,8	(20,8) _b	7,61	0,007
femmes	16,8	(10,6) _a	25,9	(17,0) _b	7,64	0,007
.réseau réel (nombre de personnes)	10,4	(7,3) _a	18,2	(20,7) _b	14,18	< 0,001
hommes	9,3	(5,7) _a	18,2	(20,7) _b	6,90	0,010
femmes	11,4	(8,5) _a	18,0	(11,7) _b	7,81	0,007
.interaction négatives (nombre de personnes)	1,22	(1,59) _a	0,60	(1,08) _b	7,78	0,006
hommes	1,23	(1,94) _a	0,42	(0,79) _b	5,77	0,019
femmes	1,21	(1,17) _a	0,77	(1,29) _a	2,17	0,145
.satisfaction totale ²	25,6	(3,8) _a	28,1	(2,3) _b	23,66	< 0,001
hommes	25,8	(3,9) _a	27,8	(2,5) _b	6,96	0,010
femmes	25,5	(3,6) _a	28,4	(2,1) _b	18,64	< 0,001
.besoin total ³	19,7	(5,6) _a	16,4	(3,9) _b	17,33	< 0,001
hommes	19,0	(5,0) _a	16,2	(3,9) _b	7,86	0,006
femmes	20,3	(6,1) _a	16,7	(4,0) _b	9,50	0,003

Note: TB = trouble bipolaire, STM = sans trouble mental, n = nombre total, n_h = nombre d'hommes, n_f = nombre de femmes, les moyennes présentant des indices différents (a, b, c) diffèrent à p < 0.05; ¹ scores bruts; ² une cote élevée correspond à une satisfaction élevée face au soutien social reçu; ³ une cote élevée correspond à un besoin élevé de soutien social.

besoin total de soutien de la part des membres de leur réseau social.

Satisfaction conjugale

Les cotes moyennes obtenues sur la satisfaction conjugale globale sont présentées au tableau 10. Les cotes moyennes des hommes et des femmes des cou-STM sont supérieures à celles des hommes et des femmes des cou-TB.

Corrélations des variables associées au fonctionnement du couple

Les corrélations des variables associées au fonctionnement du couple sont présentées au tableau 11. Plusieurs corrélations significatives apparaissent entre ces variables. Des corrélations élevées sont présentes entre la satisfaction conjugale de la femme et la satisfaction conjugale de l'homme, et entre les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité de la femme et le névrosisme de la femme d'autre part.

Des corrélations modérées sont présentes entre la satisfaction conjugale de l'homme d'une part, et la satisfaction du soutien social de l'homme et la

Tableau 10

Comparaisons des cotes moyennes observées pour les hommes et les femmes des deux types de couple (TB et STM) pour la satisfaction conjugale globale¹ mesurée au moyen du Dyadic Adjustment Scale.

Variable	TB	STM	F	p
	[M, (É.T.)]	[M, (É.T.)]		
(n_h , n_f)	(38, 38)	(36, 36)		
.satisfaction conjugale globale				
hommes	107,6 (21,5) _a	117,2 (14,8) _b	5,02	0,028
femmes	103,7 (20,9) _a	119,8 (14,4) _b	14,67	< 0,001

Note: TB = trouble bipolaire, STM = sans trouble mental, n = nombre total, n_h = nombre d'hommes, n_f = nombre de femmes, les moyennes présentant des indices différents (_{a, b, c}) différent à $p < 0.05$; ¹ scores bruts, une cote élevée sur la satisfaction conjugale globale est indicatrice d'un bon fonctionnement du couple.

Tableau 11
Corrélations des variables associées au fonctionnement du couple,

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Satisfaction conjugale homme	1,00										
2. Satisfaction conjugale femme	,75 ¹ (71)	1,00									
3. Type de couple	-,26 ² (74)	-,41 ³ (74)	1,00								
4. Divorce homme	,25 ¹ (74)	-,02 (74)	,03 (77)	1,00							
5. Divorce femme	,08 (74)	,09 (74)	,20 ¹ (77)	,05 (77)	1,00						
6. Névrosisme homme	-,30 ³ (73)	-,49 ⁴ (70)	,44 ⁵ (73)	,10 (73)	,10 (73)	1,00					
7. Névrosisme femme	-,13 (73)	-,26 (74)	,38 ³ (76)	,13 (76)	,25 (76)	,19 (72)	1,00				
8. Stratégies d'adaptation émotivité homme	-,29 ² (74)	-,40 ⁴ (71)	,31 ⁷ (74)	,08 (74)	-,02 (74)	,70 ³ (73)	,14 (73)	1,00			
9. Stratégies d'adaptation émotivité femme	-,02 (73)	-,23 ¹ (74)	,36 ³ (76)	,28 ² (76)	,22 ¹ (76)	,32 ² (72)	,60 ³ (76)	,25 ¹ (73)	1,00		
10. Satisfaction du soutien social homme	,59 ³ (74)	,47 ¹ (73)	-,29 ¹ (76)	,10 (76)	,09 (76)	-,22 ¹ (73)	-,21 ¹ (75)	-,18 (74)	-,15 (75)	1,00	
11. Satisfaction du soutien social femme	,38 ³ (74)	,47 ¹ (74)	-,45 ¹ (77)	-,06 (77)	,07 (77)	-,19 (73)	-,39 ³ (76)	-,13 (74)	-,28 ² (76)	-,50 ³ (76)	1,00

Note: ¹ $p < 0,05$; ² $p < 0,01$; ³ $p < 0,001$.

satisfaction du soutien social de la femme d'autre part. Des corrélations modérées sont présentes entre la satisfaction conjugale de la femme d'une part, et le type de couple, le névrosisme de l'homme, les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité de l'homme, la satisfaction du soutien social de l'homme et la satisfaction du soutien social de la femme d'autre part. Des corrélations modérées sont présentes entre le type de couple d'une part, et le névrosisme de l'homme, le névrosisme de la femme, les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité de l'homme, les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité de la femme et la satisfaction du soutien social de la femme d'autre part. Une corrélation modérée est présente entre le névrosisme de l'homme et les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité de la femme. Une corrélation modérée est présente entre le névrosisme de la femme et la satisfaction du soutien social de la femme. Une corrélation modérée est présente entre la satisfaction du soutien social de l'homme et la satisfaction du soutien social de la femme.

Des corrélations faibles sont présentes entre la satisfaction conjugale de l'homme d'une part, et le type

de couple, le divorce antécédent de l'homme, le névrosisme de l'homme et les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité de l'homme d'autre part. Une corrélation faible existe entre la satisfaction conjugale de la femme d'une part, et le névrosisme de la femme et les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité de la femme d'autre part. Une corrélation faible existe entre le type de couple d'une part, et le divorce antécédent de la femme et la satisfaction du soutien social de la femme d'autre part. Une corrélation faible est présente entre le divorce antécédent de l'homme et les stratégies d'adaptation de la femme. Une corrélation faible est présente entre le divorce antécédent de la femme d'une part, et le névrosisme de la femme et les stratégies d'adaptation de la femme d'autre part. Une corrélation faible est présente entre le névrosisme de l'homme et la satisfaction du soutien social de l'homme. Une corrélation faible est présente entre le névrosisme de la femme et la satisfaction du soutien social de l'homme. Une corrélation faible est présente entre les stratégies d'adaptation de l'homme et les stratégies d'adaptation de la femme. Une corrélation faible est présente entre les stratégies d'adaptation de la femme et la satisfaction en soutien social de la femme.

VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Hypothèse 1: les personnes de couples STM présenteront une satisfaction conjugale plus élevée comparativement aux personnes de couples TB

Une MANOVA sur un seul facteur, soit sur le type de couple (participants de cou-TB en comparaison de participants de cou-STM), est effectuée en fonction de deux variables dépendantes, soit la satisfaction conjugale de l'homme et la satisfaction conjugale de la femme. L'analyse révèle un effet principal significatif multivarié du type de couple (Hotellings = 0,19779; $F(2, 68) = 6,72, p = 0,002$). L'inspection des effets univariés révèle une différence significative de la satisfaction conjugale moyenne des hommes en fonction du type de couple ($F(1, 69) = 3,99, p = 0,050$), et de la satisfaction conjugale moyenne des femmes en fonction du type de couple ($F(1, 69) = 12,82, p = 0,001$). Les hommes des cou-STM présentent une satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 117,2, \acute{E}.T. = 14,8$) comparativement à celle des hommes des cou-TB ($M = 107,6, \acute{E}.T. = 21,5$). Les femmes des cou-STM présentent une satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 119,8, \acute{E}.T. = 14,4$) comparativement à la

satisfaction conjugale moyenne des femmes des cou-TB ($M = 103,7$, $É.T. = 20,9$). *L'hypothèse 1 est confirmée, les personnes de couples STM présentent une satisfaction conjugale plus élevée comparativement aux personnes de couples TB.*

À titre post-hoc, une analyse est effectuée pour déterminer si, en plus des différences entre les groupes de couples, il y a des différences entre les conjoints du cou-TB. Le dessein est de vérifier s'il y a une différence entre la perception de la satisfaction conjugale chez les personnes présentant un trouble bipolaire par rapport à leurs conjoints. Une MANOVA sur un seul facteur à trois niveaux, soit sur le type de conjoint (conjoint d'une personne présentant un trouble bipolaire, personne présentant un trouble bipolaire et personne sans trouble mental), est menée en fonction de deux variables dépendantes, soit la satisfaction conjugale de l'homme et la satisfaction conjugale de la femme.

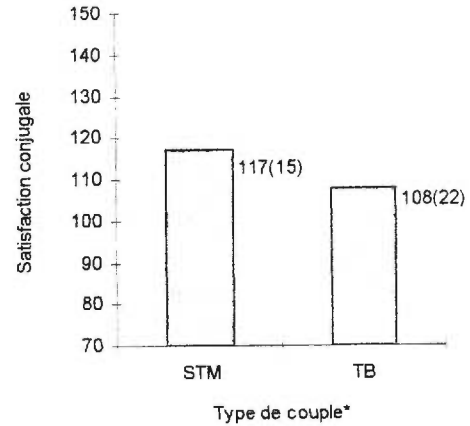
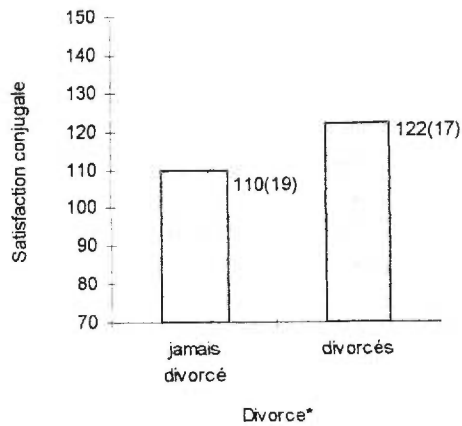
L'analyse révèle un effet principal significatif multivarié du type de conjoint (Hotellings = 0,22704; $F(4, 132) = 3,75$, $p = 0,006$). L'inspection des effets univariés soulève une différence significative seulement

pour la satisfaction conjugale moyenne des femmes en fonction du type de conjoint ($F(2, 68) = 6,88, p = 0,002$). Néanmoins, le contraste du groupe des femmes conjointes de personnes présentant un trouble bipolaire avec les femmes présentant un trouble bipolaire ne révèle pas de différence significative quant à la satisfaction conjugale moyenne ($t(67) = -0,120, p = 0,905$). *Les participants présentant un trouble bipolaire ne semblent pas différer des conjoints de participants présentant un trouble bipolaire quant à leur satisfaction conjugale.*

Hypothèse 2: Une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant à l'absence de divorce et à l'absence du trouble bipolaire dans le couple

Des anovas à deux facteurs de la présence de divorce antécédent croisée avec le type de couple sur la satisfaction conjugale sont produites séparément pour les hommes et pour les femmes. L'interaction de la présence de divorce par le type de couple sur la satisfaction conjugale des hommes n'est pas significative ($F(1, 70) = 0,62, p = 0,434$). Un effet principal significatif du divorce est présent pour la satisfaction conjugale moyenne des hommes ($F(1, 70) = 4,95, p = 0,029$) (figure 2). Les hommes ayant déjà divorcé présentent une

a) pour les hommes



b) pour les femmes

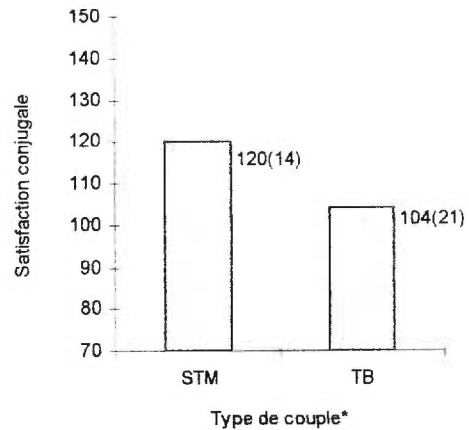
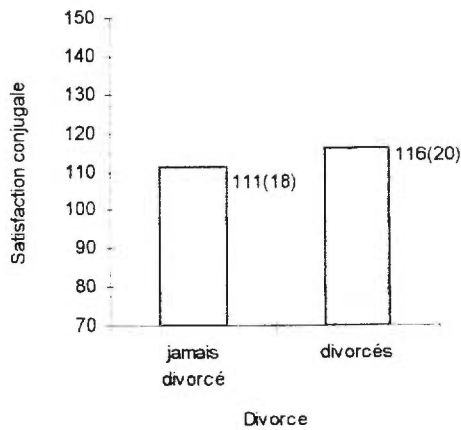


Figure 2: Effets principaux résultants de l'anova (2 X 2) du divorce (divorce antécédent vs jamais divorcé) croisé avec le type de couple (STM vs TB) sur la satisfaction conjugale (DAS): a) pour les hommes et b) pour les femmes (note: 110(19), où la première valeur entre parenthèses représente la moyenne, et la deuxième valeur l'écart-type; * = $p < 0,05$; STM = sans trouble mental, TB = avec une personne présentant un trouble bipolaire).

satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 122,4$, $É.T. = 16,5$) comparativement aux hommes n'ayant jamais divorcé ($M = 110,1$, $É.T. = 19,0$). Pour les hommes, la présence d'un divorce antécédent à la relation actuelle, comparativement à l'absence d'un divorce antécédent, est associé faiblement à la satisfaction conjugale ($r = 0,25$, $p = 0,017$). D'autre part, un effet principal du type de couple apparaît pour la satisfaction conjugale des hommes ($F(1, 70) = 5,53$, $p = 0,022$). Ainsi, les hommes des cou-STM présentent une satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 117,2$, $É.T. = 14,8$) comparativement à celle des hommes des cou-TB ($M = 107,6$, $É.T. = 21,5$). *L'hypothèse 2 est confirmée en partie pour les hommes. Ainsi, une satisfaction conjugale élevée est liée à l'absence du trouble bipolaire dans le couple. Ces résultats sur le divorce antécédent vont complètement à l'opposé de ce qui était postulé (les hommes ayant déjà divorcé présentent une satisfaction conjugale plus élevée que les hommes qui n'ont jamais divorcé).*

À l'instar des hommes, l'interaction de la présence de divorce pour les femmes par type de couple sur la satisfaction conjugale n'est pas significative ($F(1, 70)$

= 0,47, $p = 0,497$). Cependant, pour celles-ci, il n'y a pas d'effet principal significatif du divorce sur la satisfaction conjugale ($F(1, 70) = 0,70$), $p = 0,407$). Pour les femmes, la présence d'un divorce antécédent à la relation actuelle, comparativement à l'absence d'un divorce antécédent, n'est pas significativement associée à la satisfaction conjugale ($r = -0,02$, $p = 0,439$). Par contre, un effet principal du type de couple apparaît pour la satisfaction conjugale des femmes ($F(1, 70) = 16,85$, $p < 0,001$). Les femmes des cou-STM présentent une satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 119,8$, $É.T. = 14,4$) comparativement à celle des femmes des cou-TB ($M = 103,7$, $É.T. = 20,9$). Une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant à l'absence du trouble bipolaire dans son couple. L'hypothèse 2 est confirmée partiellement pour les femmes en ce qui a trait au type de couple seulement.

À titre post-hoc, le même type d'analyse qui avait été faite pour approfondir l'hypothèse 1 est effectuée pour voir si des différences existent entre les conjoints du couple où il y a une personne présentant un trouble bipolaire. Seuls les couples où les hommes n'ont jamais divorcé sont inclus dans l'analyse.

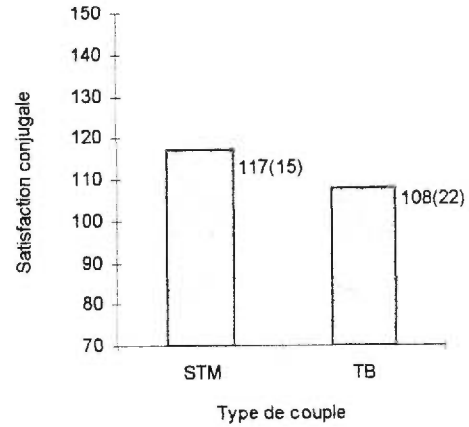
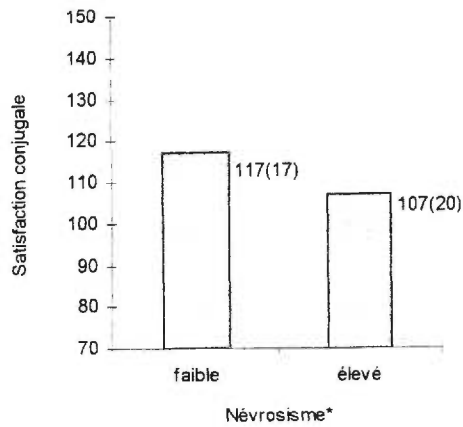
Une MANOVA sur un seul facteur à trois niveaux, soit sur le type de conjoint (conjoint d'une personne présentant un trouble bipolaire, personne présentant un trouble bipolaire et personne sans trouble mental), est menée en fonction de deux variables dépendantes, soit la satisfaction conjugale de l'homme et la satisfaction conjugale de la femme. L'analyse révèle un effet principal significatif multivarié du type de conjoint (Hotellings = 0,23330; $F(4, 108) = 3,15, p = 0,017$). L'inspection des effets univariés donne une différence significative pour la satisfaction conjugale des hommes en fonction du type de conjoint ($F(2, 56) = 3,15, p = 0,051$), et significative pour la satisfaction conjugale des femmes en fonction du type de conjoint ($F(2, 56) = 6,29, p = 0,003$). Cette fois-ci, le contraste du groupe des hommes conjoints d'une personne présentant un trouble bipolaire avec les hommes présentant un trouble bipolaire révèle une différence significative quant à la moyenne de la satisfaction conjugale ($t(57) = -2,23, p = 0,029$), et le contraste du groupe des femmes conjointes d'une personne présentant un trouble bipolaire avec les femmes présentant un trouble bipolaire révèle une différence significative quant à la moyenne de la satisfaction conjugale ($t(57) = -3,01, p = 0,004$). Les hommes

présentant un trouble bipolaire montrent une satisfaction conjugale moyenne ($M = 101,9$, $É.T. = 17,6$) inférieure à celle des hommes conjoints de personnes présentant un trouble bipolaire ($M = 107,5$, $É.T. = 27,9$). Par contre les femmes présentant un trouble bipolaire montrent une satisfaction conjugale moyenne ($M = 109,5$, $É.T. = 22,2$) supérieure à celle des femmes conjointes d'une personne présentant un trouble bipolaire ($M = 99,8$, $É.T. = 20,0$).

Hypothèse 3: Une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant au trait de névrosisme faible et à l'absence du trouble bipolaire dans son couple

Une anova à deux facteurs du névrosisme croisé avec le type de couple est produite pour la satisfaction conjugale séparément pour les hommes et pour les femmes. L'interaction du névrosisme par type de couple sur la satisfaction conjugale des hommes n'est pas significative ($F(1, 69) = 0,44$), $p = 0,507$). Un effet principal significatif du névrosisme est obtenu sur la satisfaction conjugale des hommes ($F(1, 69) = 7,01$), $p = 0,010$) (figure 3). Pour les hommes, le névrosisme est associé faiblement et négativement à la satisfaction conjugale ($r = -0,30$, $p = 0.005$). Ainsi, si l'on scinde en deux groupes l'ensemble des hommes étudiés au moyen de la

a) pour les hommes



b) pour les femmes

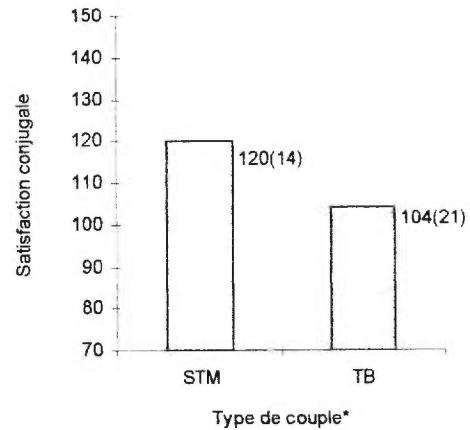
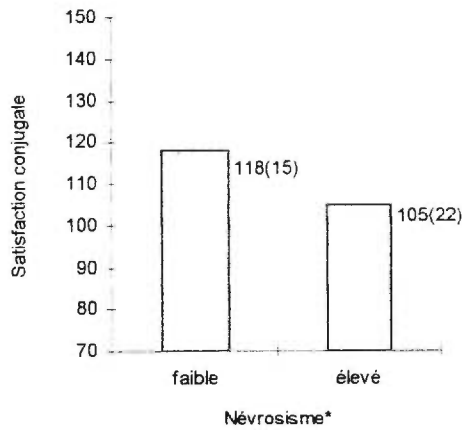


Figure 3: Effets principaux résultants de l'anova (2 X 2) du névrosisme (faible vs élevé) (NEO-PI-R) croisé avec le type de couple (STM vs TB) sur la satisfaction conjugale (DAS): a) pour les hommes et b) pour les femmes (note: 110(19), où la première valeur entre parenthèses représente la moyenne, et la deuxième valeur l'écart-type; * = $p < 0,05$; STM = sans trouble mental, TB = avec une personne présentant un trouble bipolaire).

médiane sur le névrosisme (Médiane = 72), les hommes à névrosisme faible présentent une satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 117,2$, $É.T. = 16,8$) comparativement aux hommes à névrosisme élevé ($M = 107,3$, $É.T. = 20,1$). Par contre, l'effet principal du type de couple n'est pas significatif pour la satisfaction conjugale des hommes ($F(1, 69) = 1,47$), $p = 0,229$). *L'hypothèse 3 est confirmée en partie pour les hommes, un névrosisme faible est associé à une satisfaction conjugale élevée.*(V. note 3).

Pour les femmes, l'interaction du névrosisme par type de couple sur la satisfaction conjugale n'est pas significative ($F(1, 68) = 1,47$), $p = 0,229$). Un effet principal significatif du névrosisme est obtenu sur la satisfaction conjugale des femmes ($F(1, 68) = 4,74$), $p = 0,033$). Ainsi, pour celles-ci, le névrosisme est associé faiblement et négativement à la satisfaction conjugale ($r = -0,26$, $p = 0,013$). Si l'on scinde en deux groupes l'ensemble des femmes étudiées au moyen de la médiane sur le névrosisme (Médiane = 83), les femmes à névrosisme faible présentent une satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 117,9$, $É.T. = 15,4$) comparativement aux femmes à névrosisme élevé ($M = 104,9$,

É.T. = 21,6). De même, un effet principal significatif du type de couple est obtenu sur la satisfaction conjugale des femmes ($F(1, 68) = 10,87, p = 0,002$). Les femmes des cou-STM présentent une satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 119,8, \text{É.T.} = 14,4$) comparativement à celle des femmes des cou-TB ($M = 103,7, \text{É.T.} = 20,9$). *L'hypothèse 3 est entièrement confirmée pour les femmes, une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant au trait de névrosisme faible et à l'absence du trouble bipolaire dans le couple.* (V. note 3).

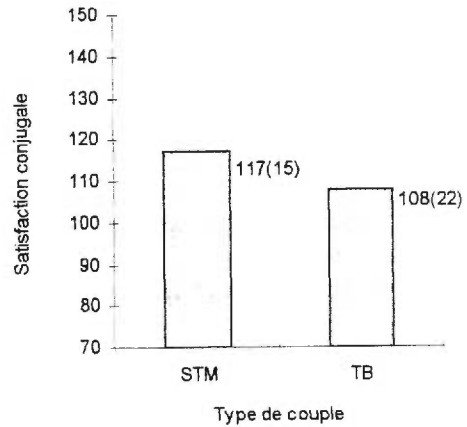
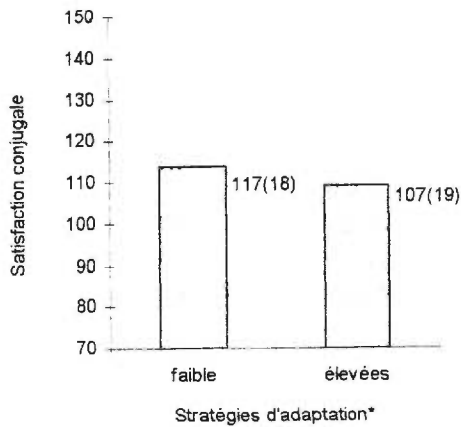
Hypothèse 4: Une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant à des stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité basse et à l'absence du trouble bipolaire dans son couple

Des anovas à deux facteurs des stratégies basées sur l'émotivité croisées avec le type de couple sont produites pour la satisfaction conjugale séparément pour les hommes et pour les femmes. L'interaction des stratégies basées sur l'émotivité par le type de couple sur la satisfaction conjugale des hommes n'est pas significative ($F(1, 70) = 0,51, p = 0,479$). Un effet principal significatif des stratégies basées sur l'émotivité est obtenu sur la satisfaction conjugale des

hommes ($F(1, 70) = 6,60$), $p = 0,012$) (figure 4). Pour les hommes, les stratégies basées sur l'émotivité sont corrélées négativement à la satisfaction conjugale ($r = -0,29$, $p = 0.006$). Ainsi, si l'on scinde en deux groupes l'ensemble des hommes étudiés au moyen de la médiane sur les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité (Médiane = 39), les hommes à stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité basse présentent une satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 117,1$, $É.T. = 18,1$) comparativement à ceux qui présentent des stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité élevée ($M = 107,4$, $É.T. = 19,0$). Par contre, l'effet principal du type de couple n'est pas significatif pour la satisfaction conjugale des hommes ($F(1, 70) = 2,44$), $p = 0,123$). *L'hypothèse 4 est confirmée en partie pour les hommes, des stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité basse sont associées à une satisfaction conjugale élevée.* (V. note 3).

Pour les femmes, l'interaction des stratégies basées sur l'émotivité par type de couple sur la satisfaction conjugale n'est pas significative ($F(1, 70) = 2,34$), $p = 0,205$). Un effet principal significatif des stratégies

a) pour les hommes



b) pour les femmes

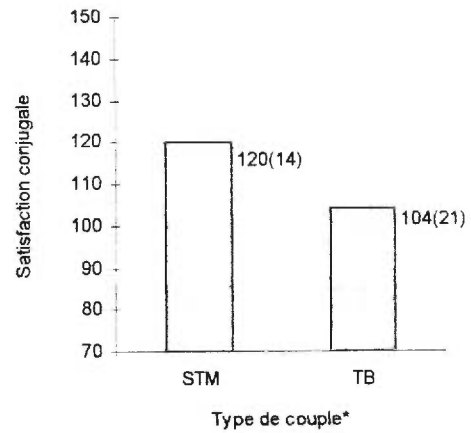
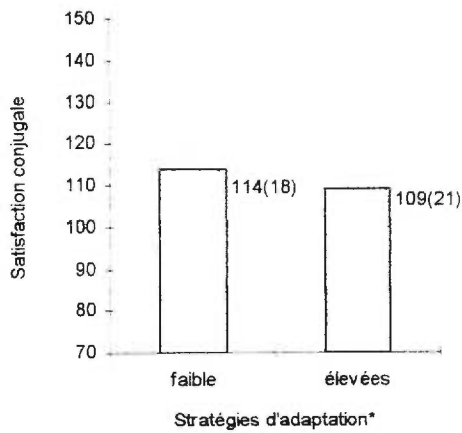


Figure 4: Effets principaux résultants de l'anova (2 X 2) des stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité (faible vs élevé) (CISS) croisé avec le type de couple (STM vs TB) sur la satisfaction conjugale (DAS): a) pour les hommes et b) pour les femmes (note: 110(19), où la première valeur entre parenthèses représente la moyenne, et la deuxième valeur l'écart-type; * = $p < 0,05$; STM = sans trouble mental, TB = avec une personne présentant un trouble bipolaire).

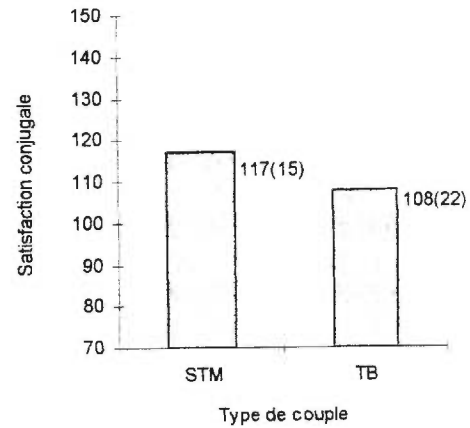
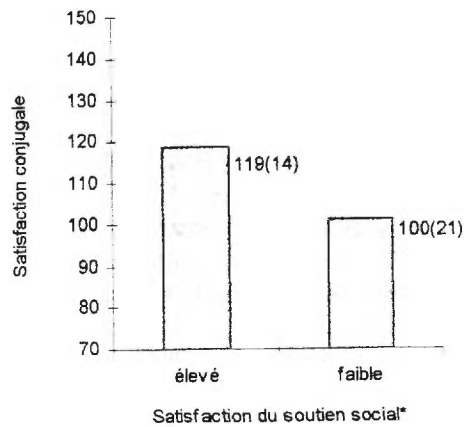
basées sur l'émotivité est obtenu sur la satisfaction conjugale des femmes ($F(1, 70) = 4,74$), $p = 0,033$). Ainsi, pour celles-ci, les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité sont corrélées négativement à la satisfaction conjugale ($r = -0,23$, $p = 0,023$). Si l'on scinde en deux groupes l'ensemble des femmes étudiées au moyen de la médiane sur les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité (Médiane = 40), les femmes à stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité basse présentent une satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 113,8$, $É.T. = 18,4$) comparativement aux femmes à stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité élevée qui présentent une satisfaction conjugale moyenne plus faible ($M = 109,4$, $É.T. = 20,8$). De même, un effet principal significatif du type de couple est obtenu sur la satisfaction conjugale des femmes ($F(1, 70) = 10,87$), $p = 0,002$). Les femmes des cou-STM présentent une satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 119,8$, $É.T. = 14,4$) comparativement à celle des femmes des cou-TB ($M = 103,7$, $É.T. = 20,9$). *L'hypothèse 4 est confirmée pour les femmes, une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant à des stratégies d'adaptation basées sur*

l'émotivité basse et à l'absence du trouble bipolaire dans son couple (V. note 3).

Hypothèse 5: Une satisfaction conjugale élevée est liée chez le participant à une satisfaction élevée du soutien social et à l'absence du trouble bipolaire dans le couple

Des anovas à deux facteurs de la satisfaction du soutien social croisée avec le type de couple sur la satisfaction conjugale sont produites séparément pour les hommes et pour les femmes. L'interaction de la satisfaction du soutien social par le type de couple sur la satisfaction conjugale des hommes n'est pas significative ($F(1, 70) = 0,16$), $p = 0,694$). Un effet principal significatif de la satisfaction du soutien social est obtenu sur la satisfaction conjugale des hommes ($F(1, 70) = 38,78$), $p < 0,001$) (figure 5). Pour les hommes, la satisfaction du soutien social est associée modérément à la satisfaction conjugale ($r = 0,59$, $p < 0.001$). Ainsi, si l'on scinde en deux groupes l'ensemble des hommes étudiés au moyen de la médiane sur la satisfaction du soutien social (Médiane = 27), les hommes à satisfaction du soutien social élevé présentent une satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 119,2$, $É.T. = 14,4$) comparativement aux

a) pour les hommes



b) pour les femmes

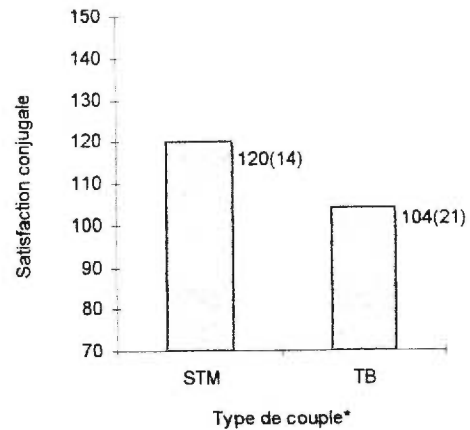
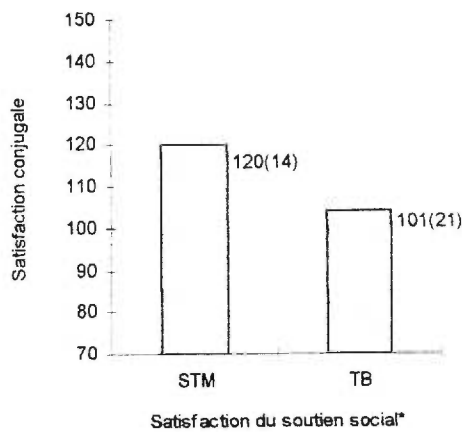


Figure 5: Effets principaux résultants de l'anova (2 X 2) de la satisfaction du soutien social (élevé vs faible) (ASSIS) croisé avec le type de couple (STM vs TB) sur la satisfaction conjugale (DAS): a) pour les hommes et b) pour les femmes (note: 110(19), où la première valeur entre parenthèses représente la moyenne, et la deuxième valeur l'écart-type; * = $p < 0,05$; STM = sans trouble mental, TB = avec une personne présentant un trouble bipolaire).

hommes à satisfaction du soutien social basse qui présentent une satisfaction conjugale moyenne plus faible ($M = 100,1$, $É.T. = 20,6$). Par contre, l'effet principal du type de couple n'est pas significatif pour la satisfaction conjugale des hommes ($F(1, 70) = 0,78$), $p = 0,379$). *L'hypothèse 5 est confirmée pour les hommes quant à la satisfaction du soutien social, mais pas quant au type de couple (V. note 1).*

Pour les femmes, l'interaction de la satisfaction du soutien social par le type de couple sur la satisfaction conjugale n'est pas significative ($F(1, 70) = 2,34$), $p = 0,131$). Un effet principal significatif de la satisfaction du soutien social est obtenu sur la satisfaction conjugale des femmes ($F(1, 70) = 21,73$), $p < 0,001$). Ainsi, pour celles-ci, la satisfaction du soutien social est associée modérément à la satisfaction conjugale ($r = 0,47$, $p < 0.001$). Si l'on scinde en deux groupes l'ensemble des femmes étudiés au moyen de la médiane sur la satisfaction du soutien social (Médiane = 28), les femmes à satisfaction du soutien social élevée présentent une satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 119,2$, $É.T. = 14,4$) comparativement aux femmes à satisfaction du soutien

social basse ($M = 100,9$, $É.T. = 20,6$) qui présentent une satisfaction conjugale moyenne plus faible. De même, un effet principal significatif du type de couple est obtenu sur la satisfaction conjugale des femmes ($F(1, 70) = 5,39$), $p = 0,023$). Les femmes des cou-STM présentent une satisfaction conjugale moyenne significativement plus élevée ($M = 119,8$, $É.T. = 14,4$) comparativement à celle des femmes des cou-TB ($M = 103,7$, $É.T. = 20,9$).

L'hypothèse 5 est entièrement confirmée pour les femmes (V. note 2).

Hypothèse 6: Un modèle prédisant qu'une satisfaction conjugale élevée est liée à un névrosisme faible du participant, à un névrosisme faible du conjoint et à l'absence du trouble bipolaire dans le couple, est supérieur à un modèle prédisant qu'une satisfaction conjugale élevée est liée à un névrosisme faible chez le participant et à l'absence du trouble bipolaire

Le tableau 12 présente l'effet de l'ajout de la variable névrosisme du conjoint (le névrosisme de la femme, modèle W) à un modèle comprenant déjà les variables type de couple et névrosisme de l'homme (modèle w) pour expliquer la satisfaction conjugale de l'homme.

Tableau 12
 Résultat de l'ajout de la variable névrosisme de la femme (N_F) au modèle comprenant les variables type de couple et névrosisme de l'homme (N_H) pour expliquer la satisfaction conjugale chez l'homme¹.

	dl	SCE	MC	F	p^2
Δ	1	27	27	0,80	ns
Ω	68	22986	338		
ω	69	23013			

¹ Modèles:

$$\Omega = b_0 + b_1 \text{ type de couple} + b_3 N_H + b_2 N_F$$

$$\omega = b_0 + b_1 \text{ type de couple} + b_3 N_H$$

$${}^2 F(1, 68)_{0,05} = 3,99 \quad \Delta R^2 = 0,001$$

Tableau 13
 Résultat de l'ajout de la variable névrosisme de l'homme (N_H) au modèle comprenant les variables type de couple et névrosisme de la femme (N_F) pour expliquer la satisfaction conjugale chez la femme¹.

	dl	SCE	MC	F	p^2
Δ	1	5481	5481	18,33	< 0,01
Ω	67	20047	299		
ω	68	25528			

¹ Modèles:

$$\Omega = b_0 + b_1 \text{ type de couple} + b_2 N_F + b_3 N_H$$

$$\omega = b_0 + b_1 \text{ type de couple} + b_2 N_F$$

$${}^2 F(1, 67)_{0,01} = 7,04 \quad \Delta R^2 = 0,215$$

L'ajout du névrosisme de la femme ne semble pas produire d'augmentation significative de la variance expliquée de la satisfaction conjugale de l'homme ($F(1, 68) = 0,80$), $p > 0,05$).

L'ajout de la variable névrosisme du conjoint (le névrosisme de l'homme, modèle W) à un modèle incluant déjà le type de couple et le névrosisme de la femme (modèle w) est présenté au tableau 13. L'ajout du névrosisme de l'homme produit une augmentation significative de la variance expliquée de 21,5% de la satisfaction conjugale de la femme ($F(1, 67) = 18,33$), $p < 0,01$). *L'hypothèse 6 est confirmée pour les femmes seulement, un modèle prédisant qu'une satisfaction conjugale élevée est liée à un névrosisme faible du participant femme, à un névrosisme faible du conjoint et à l'absence du trouble bipolaire dans le couple, est supérieur à un modèle prédisant qu'une satisfaction conjugale élevée est liée à un névrosisme faible chez le participant femme et à l'absence du trouble bipolaire.*

PROPORTIONS ET RISQUE RELATIF POUR LA DÉTRESSE CONJUGALE
DES PARTICIPANTS EN FONCTION DES CARACTÉRISTIQUES
INDIVIDUELLES DES CONJOINTS

Les risques relatifs la détresse conjugale associés à différentes caractéristiques psychosociales des participants sont présentés au tableau 14. Il ne semble pas y avoir de risque plus élevé de détresse conjugale ($IC_{0,95} = 0,66-6,27$) pour les hommes faisant parti de cou-TB, comparativement à celui présent pour les hommes des cou-STM. Par contre, l'insatisfaction conjugale est 7 fois plus élevée ($IC_{0,95} = 1,86-27,65$) chez les femmes de cou-TB, comparativement à celles de cou-STM.

La présence de névrosisme élevé chez l'homme est associé à un risque 4 fois plus élevé de détresse conjugale ($IC_{0,95} = 1,30-15,41$), comparativement à la présence de névrosisme faible. Chez les femmes, un risque 4 fois plus élevé de détresse conjugale ($IC_{0,95} = 1,16-11,91$) est associé à un névrosisme élevé, comparativement à la présence de névrosisme faible. Un niveau de névrosisme élevé de la femme-conjoint ne semble pas présenter de façon significative un risque accru ($IC_{0,95} = 0,76-7,22$) comparativement à un niveau de névrosisme faible pour la détresse conjugale de l'homme. Par contre, un névrosisme élevé chez l'homme-conjoint est associé à

Tableau 14

Proportions et risque relatif (RR) pour la détresse conjugale des participants en fonction des caractéristiques individuelles des conjoints pour des couples où il y a une personne avec un trouble bipolaire et des couples sans trouble mental.

Risque	proportion de détresse ¹		RR	(IC _{0,95}) ²
	Risque à niveau élevé (%)	Risque à niveau bas (%)		
.présence TB dans le couple ³				
..hommes	29	17	2,04	(0,66-6,27)
..femmes	40	8,3	7,17*	(1,86-27,65)
.névrosisme				
..hommes	35	11	4,47*	(1,30-15,41)
..femmes	36	13	3,73*	(1,16-11,91)
.névrosisme du conjoint				
..hommes	31	16	2,35	(0,76-7,22)
..femmes	36	13	3,73*	(1,16-11,9)
.stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité				
..hommes	30	16	2,19	(0,71-6,72)
..femmes	26	22	1,25	(0,43-3,63)
.stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité du conjoint				
..hommes	19	27	0,63	(0,21-1,89)
..femmes	34	15	2,87	(0,94-8,75)
.insatisfaction du soutien social ⁴				
..hommes	43	11	6,25*	(1,85-20,0)
..femmes	39	12	4,76*	(1,47-14,29)
. insatisfaction du soutien social ⁴ du conjoint				
..hommes	36	12	4,11*	(1,27-13,30)
..femmes	39	15	3,61*	(1,19-10,89)

¹ la détresse conjugale correspond à un score global de satisfaction conjugale inférieur à 100 sur le Dyadic Adjustment Scale ; ² IC_{0,95} = intervalle de confiance à 95% ; * intervalle de confiance 0,95 significatif; ³ présence TB chez le conjoint = un niveau de variable élevé correspond à la présence d'un conjoint bipolaire dans le couple, alors qu'un niveau bas correspond à l'absence d'un conjoint bipolaire dans le couple (i.e. les deux conjoints sont sans trouble mental); ⁴ l'insatisfaction du soutien social est l'inverse de la satisfaction du soutien social présentée dans les tableaux précédents.

un risque 4 fois plus élevé ($IC_{0,95} = 1,16-11,91$) de détresse conjugale chez la femme, comparativement à un névrosisme faible chez l'homme-conjoint.

Comparativement au recours peu fréquent aux stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité, un recours plus fréquent aux stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité ne semble pas associé à un risque accru de détresse conjugale, ni chez les hommes ($IC_{0,95} = 0,71-6,72$), ni chez les femmes ($IC_{0,95} = 0,43-3,63$).

Pour les hommes, des niveaux élevés d'insatisfaction du soutien social sont associés à un risque 6 fois plus élevé de détresse conjugale ($IC_{0,95} = 1,85-20,00$), comparativement à des niveaux faibles d'insatisfaction du soutien social. De la même façon, des niveaux élevés d'insatisfaction du soutien social chez les femmes sont associés à un risque 5 fois plus élevé de détresse conjugale ($IC_{0,95} = 1,47-14,29$), comparativement à des niveaux faibles d'insatisfaction du soutien social.

DÉTRESSE CONJUGALE DES PARTICIPANTS EN FONCTION DES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES DES CONJOINTS

Des analyses entreprises au moyen de régressions logistiques permettent d'évaluer l'importance relative des différentes variables individuelles du participant et

du conjoint pour expliquer la détresse conjugale. Les variables indépendantes incluses dans la régression de type forward stepwise sont: la présence de trouble bipolaire dans le couple, le névrosisme, les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité et l'insatisfaction du soutien social.

Pour les hommes l'insatisfaction du soutien social qu'il manifeste est retenue pour expliquer sa détresse conjugale ($r = -0,37$, $Wald(1) = 11,60$, $p < 0,001$). Le modèle ne diffère pas significativement d'un modèle parfait ($\chi^2(70) = 60,90$, $p = 0,773$). L'équation de régression logistique est la suivante:

$$z \text{ DC homme} = 8,58 - (0,37 \times \text{SS})$$

où DC = présence de détresse conjugale
 SS = satisfaction du soutien social
 N = névrosisme

$$\text{et } p(\text{DC}) = 1 / (1 + e^{-z \text{ DC}})$$

où $p(\text{DC})$ = probabilité détresse conjugale

Pour les femmes l'insatisfaction du soutien social du conjoint ($r = -0,23$, $Wald(1) = 6,12$, $p = 0,013$) et le

névrosisme du conjoint ($r = 0,35$, $Wald(1) = 11,24$, $p < 0,001$) sont retenus pour expliquer sa détresse conjugale. Le modèle ne diffère pas significativement d'un modèle parfait ($\chi^2(70) = 53,90$, $p = 0,877$). L'équation de régression logistique est la suivante:

$$z \text{ DC femme} = 2,12 - (0,28 \times \text{SS conjoint}) + (0,05 \times \text{N conjoint})$$

où DC = présence de détresse conjugale
 SS = satisfaction du soutien social
 N = névrosisme

$$\text{et } p(\text{DC}) = 1 / (1 + e^{-z \text{ DC}})$$

où $p(\text{DC})$ = probabilité détresse conjugale

DISCUSSION

CONCLUSIONS PRINCIPALES

La toute première affirmation que les résultats de la présente étude permettent d'énoncer, c'est que les personnes faisant partie de couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire ont un niveau de satisfaction conjugale plus faible que les personnes faisant partie de couples où les conjoints sont sans trouble mental.

La seconde affirmation que les résultats permettent d'énoncer, c'est que ce sont les mêmes facteurs ou caractéristiques de la personne, ceux du moins évalués dans la présente étude, qui influencent la satisfaction conjugale quelque soit le type de couple auquel l'on appartient. Ainsi, aussi bien chez une personne membre d'un couple où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire, que chez une personne membre d'un couple où les conjoints sont sans trouble mental, les facteurs influençant la satisfaction conjugale sont la présence ou l'absence de divorce antécédant, le névrosisme, les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité et la satisfaction du soutien social. Il n'y a aucun effet d'interaction qui apparaisse entre ces facteurs et la présence de trouble bipolaire dans le couple. Toutefois,

les résultats font ressortir une particularité qui apparaît propre aux couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire. En effet, chez les couples où c'est l'homme qui présente un trouble bipolaire, la satisfaction conjugale est plus faible comparativement aux couples où c'est la femme qui présente le trouble, et ce, lorsque les couples où l'homme a déjà divorcé sont exclus des groupes de participants.

La troisième affirmation que les résultats de la présente étude permettent d'énoncer, c'est que l'influence des caractéristiques du conjoint sur le niveau de satisfaction conjugale du participant lui-même se différencie de façon importante selon que l'on soit un homme ou que l'on soit une femme, et ce, tant chez les couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire que chez les couples où les conjoints sont sans trouble mental. Ainsi, selon l'analyse de modèles effectuée dans cette étude, la satisfaction conjugale de la femme est influencée par les caractéristiques de son conjoint, alors que l'inverse n'est pas vrai. La satisfaction conjugale de l'homme n'est pas influencée par les caractéristiques de sa conjointe.

La quatrième affirmation que les résultats de la présente étude permettent d'énoncer, c'est que les caractéristiques du participant sont de faiblement à modérément liées à sa satisfaction conjugale, et ce, tant chez les couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire que chez les couples où les conjoints sont sans trouble mental. Ainsi, le névrosisme du participant, ses stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité, et la présence d'un divorce antécédant chez celui-ci ou chez celle-ci sont faiblement liés à sa satisfaction conjugale. D'autre part, la satisfaction du participant face au soutien social est modérément liée à la satisfaction conjugale du participant.

En dernier lieu, les résultats de la présente étude permettent d'énoncer que des niveaux élevés de névrosisme, de même que des niveaux élevés d'insatisfaction du soutien social de l'homme, sont des facteurs de risque suffisants pour expliquer la détresse conjugale de l'homme et de la femme, quelque soit l'appartenance au type de couple. La présence du trouble bipolaire chez l'un des conjoints n'ajoute rien à ces deux facteurs, pour expliquer la détresse conjugale de l'homme et de la femme.

PRÉSENCE D'UNE SATISFACTION CONJUGALE PLUS FAIBLE CHEZ
LES COUPLES OÙ L'UN DES CONJOINTS PRÉSENTE UN TROUBLE
BIPOLAIRE

Contrairement à ce qui a été avancé dans les études précédentes, les personnes faisant partie de couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire ont un niveau de satisfaction conjugale considérablement moins élevé que les personnes faisant partie de couples où les conjoints sont sans trouble mental. Les différences entre les deux types de couple sont importantes. Soixante dix-huit pour cent des femmes faisant partie de couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire se trouvent sous la moyenne des femmes faisant partie de couples où les conjoints sont sans trouble mental. Soixante-sept pour cent des hommes faisant partie de couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire se trouvent sous la moyenne des hommes faisant partie de couples où les conjoints sont sans trouble mental.

Néanmoins, pour les hommes, les différences significatives entre les types de couple disparaissent lorsque les facteurs sont croisés deux à deux: facteur névrosisme croisé avec le facteur type de couple, facteur

stratégies d'adaptation croisé avec le facteur type de couple et facteur satisfaction du soutien social croisé avec le facteur type de couple. Toutefois, ce n'est pas le cas lors du croisement du facteur divorce antécédant avec le facteur type de couple. Ce résultat souligne le fait que la présence de divorce antécédant chez les hommes est une source de variance importante pour la satisfaction conjugale de l'homme. Les couples où l'homme a déjà divorcé doivent être considérés dans un groupe à part.

Ainsi, chez les couples où c'est l'homme qui présente un trouble bipolaire, le niveau de satisfaction conjugale est plus faible que chez les couples où c'est la femme qui présente un trouble bipolaire, et ce, seulement lorsque les couples où l'homme a déjà divorcé sont exclus des groupes de participants.

Ce résultat met en relief le fait que, chez les couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire, un bon fonctionnement psychologique et social chez l'homme est important pour la satisfaction conjugale des deux conjoints.

L'ensemble des résultats ci-haut mentionnés contredisent les résultats des trois études portant sur des groupes de participants présentant un trouble

bipolaire ou sur les participants présentant un trouble bipolaire et leurs conjoints, à l'effet qu'aucune différence significative n'apparaît entre les groupes de participants présentant un trouble bipolaire et les groupes de comparaison (Beach et al., 1984; Frank et al., 1981; Coryell et al., 1993). Tel que déjà mentionné dans l'introduction, les résultats de ces trois études peuvent s'expliquer par certains problèmes méthodologiques, dont: 1) la petite taille des échantillons, 2) l'évaluation de la perception du participant présentant un trouble bipolaire, mais l'ignorance de la perception du conjoint (à l'exception d'une étude), 3) le recours à des groupes de comparaison inadéquats et 4) la sélection de mesures de satisfaction conjugale imprécises ou non valides. Les résultats obtenus dans la présente étude démontrent que 5) le divorce antécédant chez les hommes et 6) le genre des participants présentant un trouble bipolaire sont des caractéristiques qui influencent le niveau de satisfaction conjugale.

D'autres études, portant sur des échantillons de types divers, rapportent des niveaux de satisfaction conjugale semblables à ceux observés dans la présente étude pour les couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire et pour les couples où les conjoints

sont sans trouble mental. Ainsi, pour les couples où les conjoints sont sans trouble mental, et en dépit d'une sélection très stricte des participants (absence virtuelle de troubles mentaux sur trois générations), les hommes et les femmes présentent une cote moyenne de satisfaction conjugale similaire à ce qui a été relevé pour des participants de la population (Baillargeon, Dubois et Marineau, 1986).

Par ailleurs, Gotlib et Whiffen (1989), étudiant des couples où les femmes sont enceintes, comparent des groupes où les femmes présentent un épisode de dépression majeure, à des groupes où les femmes présentent un épisode de dépression mineure, et à des groupes où les femmes sont sans trouble mental. Ces auteurs observent pour les deux groupes de couples où les femmes présentent des dépressions, des niveaux de satisfaction conjugale semblables à ceux constatés dans la présente étude chez les couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire. Leur groupe de couples dont les conjoints sont sans trouble mental présente un niveau de satisfaction conjugale légèrement supérieur à celui constaté dans la présente étude chez les couples où les conjoints sont sans trouble mental.

Selon Gotlib (1986, cité dans Barnett & Gotlib, 1988), des différences quant au genre sur la satisfaction conjugale sont observées pour les personnes présentant une dépression majeure et leur conjoint. Pendant la période euthymique suivant un épisode dépressif, les couples où la femme présente une dépression majeure persistent à présenter une satisfaction conjugale faible. Ce n'est pas le cas des couples où les hommes présentent une dépression majeure, qui montrent en période euthymique une amélioration de la satisfaction conjugale.

Sur un suivi de trois ans portant sur des familles avec des adolescents, Deal, Hagan et Anderson (1992) comparent des couples nouvellement remariés à des couples dont c'est un premier mariage et dont l'union dure depuis en moyenne une quinzaine d'années. Ils observent, pendant les premiers 26 mois de leur étude, une différence entre les groupes favorisant les couples remariés quant aux niveaux de satisfaction conjugale mesuré au moyen du DAS. Néanmoins, ils ne rapportent plus de différence entre les groupes au suivi de trois ans. À ce moment, les niveaux de satisfaction conjugale mesurés chez ces couples sont semblables à ceux mesurés dans la présente étude chez les couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire.

Les deux dernières études qui viennent d'être citées démontrent que d'autres circonstances que la présence d'un trouble bipolaire au sein du couple, peuvent mener à des niveaux d'insatisfaction conjugale semblables à ceux observés dans la présente étude chez les couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire.

EFFET DES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES SUR LA SATISFACTION CONJUGALE

Le croisement de chacune des caractéristiques individuelles que sont la présence d'un divorce antécédant, le niveau de névrosisme, le niveau des stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité, et la satisfaction du soutien social avec le type de couple ne produit aucune interaction significative. Pour les femmes, des effets principaux sont obtenus sur chacune de ces caractéristiques individuelles et sur le type de couple, sauf pour la présence d'un divorce antécédant. Pour l'homme des effets principaux sont obtenus sur chacune de ces caractéristiques individuelles, un effet principal apparaissant pour le type de couple seulement dans le cas du croisement du facteur type de couple et du facteur présence de divorce antécédant. Ainsi, pour l'homme, il y a une variance importante dans les valeurs

de la satisfaction conjugale qu'empêche l'apparition de différences entre les deux types de couple. Comme la présence de divorce antécédant est responsable d'une bonne partie de cette variance, seul le croisement de ce facteur avec le type de couple permet l'apparition d'un effet principal significatif sur le type de couple.

Divorce antécédant à la relation actuelle

Les résultats de la présente étude démontrent une relation faible entre le divorce antécédant et la satisfaction conjugale chez l'homme. La présence d'un divorce antécédant à la relation actuelle chez la femme ne présente pas de lien avec la satisfaction conjugale. Ces résultats s'écartent beaucoup de l'hypothèse de départ selon laquelle le divorce antécédant, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, devait être un indicateur d'une satisfaction conjugale plus faible dans les relations de couple ultérieures. Il avait été postulé qu'une difficulté à fonctionner en couple dans le cadre d'une union précédente devait prédire une difficulté à fonctionner en couple dans une nouvelle relation.

Kelly et Conley en 1987, dans leur revue des écrits, ne relevaient aucune étude portant sur le fonctionnement conjugal et le remariage. Depuis, des résultats ont été publiés. Deal, Hagan et Anderson (1992), observent une

différence significative favorisant les couples remariés au détriment des couples intacts (présentant une moyenne de 12 à 15 ans de mariage) dans les premiers 26 mois qui suivent l'union des participants remariés. Après cette période de lune de miel, cette différence disparaît. De plus, contrairement à ce qu'ils avaient postulé, ces auteurs ne trouvent pas plus d'échanges conflictuels au sein des couples remariés, qu'au sein des couples intacts.

Le divorce résulterait d'une incompatibilité entre les personnalités des partenaires (Kelly & Conley, 1987) ou d'une incompatibilité entre les patterns de communication des partenaires (Gottman, 1993,1994; Julien & Markman, 1991). Selon les résultats obtenus dans la présente étude, la satisfaction conjugale (aussi bien de l'homme que de la femme) est en substance liée aux caractéristiques de l'homme et très peu aux caractéristiques de la femme (v. ci-après l'effet des caractéristiques du conjoint sur la satisfaction conjugale). Ainsi, quand l'homme va bien, tout va bien pour le couple. Ce phénomène expliquerait pourquoi la satisfaction conjugale de l'homme est liée à la présence de divorce antécédant chez l'homme, alors qu'il n'y a pas

de relation entre la satisfaction conjugale de la femme et la présence de divorce antécédant chez la femme.

À première vue, il apparaît incongru que les hommes ayant déjà divorcé (aussi bien chez les couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire que chez les couples où les conjoints sont sans trouble mental) puissent présenter une satisfaction conjugale plus élevée comparativement à celle des hommes n'ayant jamais divorcé. Un résultat contraire était plutôt attendu soit, une satisfaction conjugale plus élevée pour les hommes n'ayant jamais divorcé. Le phénomène de changement de perception de la satisfaction conjugale suite au divorce, qui ressemble à un effet rebond de la satisfaction conjugale chez les hommes, peut-être attribuable à différents facteurs qui agissent individuellement ou de concert (Aseltin & Kessler, 1993; Dean, Hagan & Anderson, 1992, Cormier & Julien, 1996; Gottman, 1993, 1994; Kelley & Conley, 1987). Parmi ceux-ci: 1) l'effet lune de miel (où le phénomène d'infatuation au sein du couple), 2) un reflet par la nouvelle partenaire d'une image plus adéquate de l'homme, 3) une baisse des responsabilités parentales pour l'homme, 4) une meilleure compatibilité entre les conjoints et 5) une migration vers le célibat

des personnes les moins fonctionnelles, et donc la formation de couples remariés plus fonctionnels et plus satisfaits.

Névrosisme

Le névrosisme du participant est corrélé faiblement et négativement avec la satisfaction conjugale.

Seule l'étude de Kelly & Conley (1987) présente des corrélations entre la satisfaction conjugale et le névrosisme. D'autres études se sont intéressées au lien entre le névrosisme et des mesures composées relatives au fonctionnement conjugal, ou encore à d'autres traits de personnalité que le névrosisme (Kelly & Conley, 1987). Leurs résultats ne peuvent, cependant, être comparés à ceux de la présente étude car il y a trop peu de concordance à plusieurs points de vue pour dégager des informations pertinentes.

Kelly et Conley (1987) trouvent des corrélations faibles et négatives entre la satisfaction conjugale et le névrosisme pour des suivis de cinq, vingt-cinq et cinquante ans d'une cohorte de couple qui se sont mariés dans les années 30.

Ces auteurs soutiennent que les traits de personnalité agissent sur la compatibilité des époux et

leur faculté à mener une vie de couple satisfaisante et durable. Comme le névrosisme correspond à une réponse exagérée aux stimuli stressants, un névrosisme élevé de la part des conjoints fait en sorte que des situations conflictuelles s'installent plus facilement dans les couples où l'un des partenaires ou les deux partenaires présentent un névrosisme élevé. Des patterns cognitifs et comportementaux dysfonctionnels s'installeraient au sein de ces couples.

Selon Kelly & Conley (1987), si le névrosisme mène à l'insatisfaction conjugale, ce ne sont pas tous les partenaires insatisfaits qui divorcent. Le divorce, dans les premières années de l'union, serait lié à une impulsivité plus élevée chez l'homme. Par contre les couples insatisfaits qui divorcent après plus de vingt ans, comprendraient des hommes à extroversion faible et à consensus faible.

Stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité

Les résultats de la présente étude démontrent une corrélation faible et négative entre les stratégies d'adaptation basées sur les émotions et la satisfaction conjugale.

Il n'existe aucune étude ayant porté sur les stratégies d'adaptation des personnes présentant un trouble bipolaire. Parmi les études ayant porté sur les stratégies d'adaptation des personnes présentant une dépression majeure, Gotlib et Whiffen (1989) trouvent que les personnes provenant de couples où l'un des conjoints présente une dépression majeure se caractérisent par des stratégies basées sur l'émotivité élevée et une satisfaction conjugale faible, comparativement à des couples sans trouble mental. Malheureusement, ces auteurs n'ont pas examiné directement les corrélations pouvant exister entre les stratégies d'adaptation d'une part et la satisfaction conjugale d'autre part.

Dans la présente étude une corrélation beaucoup plus forte était attendue entre les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité et la satisfaction conjugale. Le résultat affiché est probablement dû au type de mesure utilisée. C'est une mesure de type style de stratégies d'adaptation (ou de type trait) qui a été utilisée. Il est probable qu'une mesure de type situationnelle, se rapportant spécifiquement aux situations stressantes vécues par le couple, aurait permis d'observer de plus

fortes corrélations entre les stratégies d'adaptation et la satisfaction conjugale.

C'est d'ailleurs l'approche situationnelle qui est privilégiée par Lazarus (1993). Par ailleurs, un débat important a lieu au sujet des stratégies d'adaptation de type trait tel que mesurées par le " Coping Inventory for Stressful Situations " d'Endler et Parker (1990, 1991). Des chercheurs comme Costa et McRae (1992) se demandent si les styles de stratégies d'adaptation ne seraient pas en fait qu'une mesure alternative du névrosisme (Parker, 1996).

Satisfaction du soutien social

Les résultats de la présente étude démontrent une corrélation modérée entre la satisfaction du soutien social et la satisfaction conjugale aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Une seule étude porte sur la relation entre le soutien social et la satisfaction conjugale. Dans une étude transversale, Julien et Markman (1991) observent que le lien entre la satisfaction du soutien social et la satisfaction conjugale prend des proportions qui vont de faible à modérée et varie en fonction du genre du conjoint, du type de personne donnant le soutien et du

type de soutien fourni. En particulier, la mobilisation de la femme pour les problèmes personnels de l'homme présente une corrélation faible avec la satisfaction conjugale, alors que pour la femme cette corrélation est modérée. La mobilisation du conjoint pour les problèmes personnels est le seul type de soutien fourni par le conjoint qui est mesuré dans cette étude.

La mesure du soutien utilisée dans la présente étude donne des résultats similaires ou supérieurs lorsque comparé aux résultats obtenus dans l'étude de Julien et Markman (1991). Toutefois, la mesure de soutien utilisée par ces chercheurs se rapporte au conjoint, alors que celle utilisée dans la présente étude se rapporte à l'ensemble du réseau.

Dans la présente étude, la corrélation élevée obtenue entre la satisfaction conjugale et la satisfaction du soutien social s'avère intéressante, mais soulève d'autres questions. À première vue, il va de soi que la satisfaction par rapport à une relation interpersonnelle particulière (la relation de couple) soit reliée à la satisfaction par rapport à l'ensemble des relations interpersonnelles (conjoint, famille immédiate, famille éloignée, amis, ...). Néanmoins, dans

la mesure où en général la relation de couple est la relation interpersonnelle la plus importante, il serait possible que la satisfaction du soutien social ne soit en bonne partie qu'une autre mesure de la satisfaction conjugale.

Cela ne devrait pas être le cas. Il faut noter que les mesures utilisées étaient très différentes quant à leurs énoncés. La mesure de satisfaction conjugale se résumait au consensus des deux conjoints sur différents aspects de la relation. La mesure de soutien social, quant à elle, portait sur les différents types de soutien comme l'intimité, l'aide matérielle, le conseil et la rétroaction positive fournie par les membres du réseau. De plus, la mesure de soutien social évaluait les différents types de personnes pourvoyant au soutien soit, le conjoint, la famille immédiate, la famille éloignée, les professionnels de la santé et les amis.

Les écrits portant sur le genre et le soutien social, et les écrits portant sur le genre et les problèmes de santé mentale et physique, soulèvent la considérable importance du soutien social pour les personnes de la population sans égard au diagnostic de trouble mental (Turner, 1994; Gottman, 1993,1994; Julien & Markman, 1991). Les deux seules recherches ayant

examiné le soutien social chez les personnes présentant un trouble bipolaire, ont révélé le lien décisif qui existe entre le soutien social et le fonctionnement de ces personnes (Romans & McPherson, 1992; O'Connell et al., 1986). Ainsi, il n'est pas étonnant de constater le lien élevé qui existe entre le soutien social et la satisfaction conjugale des couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire.

EFFET DES CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT SUR LA SATISFACTION CONJUGALE

En utilisant la comparaison de modèles, la présente étude a mesuré l'influence d'une caractéristique du conjoint sur la satisfaction conjugale du participant. Comme point de départ, si l'on prend comme modèle une formule qui comprend la somme de l'appartenance au type de couple et du névrosisme, il y a un lien entre la satisfaction conjugale du participant et le résultat de cette formule. Ainsi, il y a un lien entre la satisfaction conjugale du participant et son propre niveau de névrosisme, et l'appartenance à un type de couple. Lorsque le névrosisme du conjoint est ajouté à cette formule, un effet très révélateur se produit. Après analyse, il est constaté que, chez la femme, une

portion additionnelle de la satisfaction conjugale peut être influencée par le névrosisme du conjoint. Alors que chez l'homme, la satisfaction conjugale est très fortement influencée par son propre névrosisme et l'appartenance au type de couple, de sorte que l'ajout du névrosisme de sa conjointe n'ajoutera rien à sa satisfaction conjugale. Le calcul de risques relatifs pour la détresse conjugale associé à l'insatisfaction du soutien social, mais aussi l'examen des tailles des corrélations entre la satisfaction conjugale et la satisfaction du soutien social et les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité confirment pour ces variables des différences entre les hommes et les femmes qui suivent le même schéma.

Avec l'obtention de tels résultats, il serait presque tentant de généraliser en énonçant que le portrait psychologique de l'homme a un impact important sur la satisfaction conjugale de la femme, alors que le portrait psychologique de la femme n'a aucun effet sur la satisfaction conjugale de l'homme. Ce qui reviendrait à dire que la femme est sensible et influencée par son conjoint, alors que la réciproque n'existe pas pour l'homme. Il faut cependant tenir compte du cadre

spécifique de l'étude, qui ne tient compte que de quelques variables parmi beaucoup d'autres.

Voyons donc ce que disent les recherches récentes afin de voir quelles sont les nuances à apporter à une telle affirmation.

Il est difficile de comparer les résultats de la présente étude avec les résultats d'études antérieures, car aucune ne s'est intéressée à l'influence du conjoint d'une façon similaire à celle de l'étude actuelle, c'est-à-dire en examinant l'effet comparatif des variables psychosociales du conjoint et du participant lui-même. Néanmoins, les conclusions apportées par les chercheurs dans d'autres domaines de recherche peuvent apporter une meilleure compréhension des faits observés dans l'étude actuelle.

Dans les champs de recherche qui s'intéressent à la santé mentale ou physique des hommes et des femmes, des observations utiles ont été faites. Ainsi, les femmes sont reconnues comme étant sensibles, généreuses et altruistes, alors que les hommes sont égocentriques, instrumentaux, centrés sur leur rôle de pourvoyeur et attaché à leur image d'infailibilité (Cormier & Julien, 1996; Gove, 1984, 1990; Gove, Hugues & Briggs-Style,

1983; Gove, Briggs-Style & Hugues, 1990; Gottman, 1993, 1994; Julien & Markman, 1991; Turner, 1994).

Pour sa part, Turner (1994), faisant le point sur les études portant sur le genre et le soutien social, révèle que les hommes mariés présentent une meilleure santé mentale et physique que ceux qui ne le sont pas. Cet auteur affirme de plus que, comparativement aux hommes, les femmes présentent une plus grande proportion de relations intimes, qu'elles citent moins souvent le conjoint comme étant un confidant et qu'elles ont plus tendance à compter sur les femmes quand elles ont besoin de soutien social.

Quant à lui, Gottman (1993, 1994) apporte d'autres précisions sur les différences entre les genres, en mesurant les effets du statut conjugal sur la santé mentale et physique. Il observe que les hommes présentent une santé mentale et physique de moins bonne qualité lorsqu'ils vivent seuls (sans conjointe). Pour les femmes, il observe que leur santé mentale et physique est affectée négativement lorsqu'elles présentent de la détresse conjugale.

Donc, ce que ces études confirment, c'est que des différences sont observées entre les genres. Mais ce

qu'on peut inférer de plus au sujet de la différence entre les genres, à travers la présente étude et les études citées, c'est que, pour les hommes, il suffit d'être en couple pour retirer des bénéfices (ce qui se passe chez la femme est relativement peu important), alors que pour les femmes, il faut non seulement être en couple pour retirer des bénéfices, mais aussi y être heureuse (le conjoint détermine en grande partie la satisfaction chez la femme).

Les études qui viennent d'être citées appuient la présente étude en ce sens qu'elles ont servi à démontrer certains liens qui existent entre le genre et la satisfaction conjugale. Toutefois, d'autres études ont observé les hommes et les femmes dans diverses situations conjugales, ce qui amène un autre genre de distinction entre les hommes et les femmes. Ainsi, Gottman (1994, p.108), rapporte qu'en situation de stress au sein du couple (en situation de conflit entre les conjoints), ce serait la femme plus que l'homme qui présenterait les comportements de soutien. Pendant les interactions visant la résolution de problèmes, alors que la tension devient très élevée, les femmes de couples ajustés (sans détresse conjugale) ont, au moment approprié, plus tendance que les hommes à désamorcer les conflits en utilisant

l'humour, en prenant soin de l'autre ("caring") et en lui montrant de l'intérêt. Pour leur part, Julien et Markman (1991) observent que dans certaines situations particulières les rôles s'inversent quant au donneur et au récepteur de soutien. Ainsi, ils rapportent qu'en situation de stress provenant de l'extérieur (lorsque les conjoints se donnent du soutien) la femme bénéficie plus que l'homme du soutien du conjoint (avis, écoute). L'homme serait à même de donner du soutien lorsque son image n'est pas mise en cause (Cormier & Julien, 1996).

RISQUE RELATIF ASSOCIÉ À LA DÉTRESSE CONJUGALE

Certaines des variables psychosociales étudiées présentent un risque élevé pour la détresse conjugale (v. définition de la détresse conjugale dans la section méthodologie). Chez la femme, la présence d'un diagnostic de trouble bipolaire dans le couple se traduit par un risque relatif sept fois plus élevé pour la présence de détresse conjugale, comparativement à l'absence de ce trouble. Néanmoins, des niveaux élevés de névrosisme chez la femme, de névrosisme chez le conjoint et d'insatisfaction du soutien social chez la femme présentent eux aussi un risque accru pour la détresse conjugale avec respectivement un risque relatif de

quatre, quatre et cinq fois plus élevé, comparativement à des niveaux faibles de ces variables. Chez l'homme, seuls le névrosisme de l'homme et l'insatisfaction du soutien social présentent respectivement un risque relatif accru de quatre et de six fois plus élevé pour la détresse conjugale, comparativement à des niveaux faibles de ces variables.

Par contre, lorsque les caractéristiques de l'homme et de la femme sont évaluées simultanément au moyen de régressions logistiques, seuls le névrosisme du conjoint-homme et l'insatisfaction du soutien social du conjoint-femme sont retenus pour expliquer la détresse conjugale de la femme. Pour l'homme, seule l'insatisfaction du soutien social de l'homme est retenue pour expliquer la détresse conjugale. Il est particulier de noter que la présence d'un diagnostic de trouble bipolaire au sein du couple n'est pas retenu pour expliquer la détresse conjugale de l'homme ou de la femme. De plus, seules les variables des hommes sont retenues pour expliquer la détresse conjugale de la femme ou de l'homme.

CRITIQUE DE LA PRÉSENTE ÉTUDE ET GÉNÉRALISATION DES RÉSULTATS

Même s'ils ne confirment pas totalement les hypothèses avancées, certains des résultats obtenus dans

la présente étude sont particulièrement intéressants. Les théories actuelles concernant le fonctionnement des couples formés de personnes provenant de la population sans égard au diagnostic de trouble mental (Gottman, 1993, 1994; Karney & Bradbury, 1995), et non celles concernant les couples présentant des problèmes de santé mentale, proposent des explications valables relativement aux résultats obtenus.

Le principal désavantage de la présente étude, c'est le fait qu'elle présente un devis qui est en bonne partie transversal, plutôt que longitudinal et prospectif. Ainsi, il peut être trompeur de tirer des relations de cause à effet entre les variables examinées. Néanmoins, la nature des variables (i.e. les traits de personnalité étant des mesures stables, la satisfaction conjugale étant une mesure plus situationnelle), et le cadre temporel se rapportant aux mesures effectuées (i.e. la présence de divorce antécédant et la présence du trouble bipolaire ayant apparu avant l'évaluation), permettent d'espérer qu'un devis longitudinal prospectif puisse donner des résultats assez similaires. La force des liens entre les variables en sera peut-être atténuée.

Par contre, la présente étude comporte de nombreux avantages comparativement aux trois études qui ont porté sur des personnes bipolaires en rémission qui sont en couples. Ceux-ci sont: 1) une procédure diagnostique très stricte (recours à un protocole d'entrevue structurée, accords interjuges), 2) une sélection d'instruments de mesures présentant des qualités psychométriques supérieures, 3) le choix d'un groupe de comparaison sans trouble mental, 4) des tailles d'échantillons suffisantes pour tester les hypothèses et 5) l'intégration des variables socio-démographiques à même le devis de l'étude.

Les constatations qui précèdent s'appliquent donc, aussi bien aux couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire qu'aux couples où les conjoints sont sans trouble mental. Des études additionnelles ne seraient pas superflues pour venir appuyer les résultats de la présente étude, puisque les études antécédentes sur le participant n'avaient pas relevé de différences entre les groupes de participants présentant un trouble bipolaire et les groupes de comparaison. Comme les femmes présentant un trouble bipolaire et monoparentales présentent un fonctionnement global clinique (GAF)

inférieur à celui de celles qui sont en couple (voir dans la section des résultats la comparaison entre les femmes célibataires et les femmes en couple), leur fonctionnement psychologique et social (personnalité, stratégies d'adaptation, et soutien social) est probablement différent. Un examen du sort des familles monoparentales dirigées par des femmes présentant un trouble bipolaire apparaît crucial, étant donné surtout leur situation financière plus précaire.

IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, ET POUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DE LA DÉTRESSE CONJUGALE

La présente étude offre des pistes pour la recherche et pour la prévention de la détresse conjugale, de même que pour le traitement psychologique des couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire. En cette matière, les différences quant au genre indiquent des nuances intéressantes et proposent des avenues de recherche plus précises. Des études longitudinales devront être entreprises pour établir la direction de causalité entre certaines des variables, notamment entre la satisfaction du soutien social et la satisfaction conjugale. Par ailleurs plusieurs interrogations restent

pendantes et devront être abordées dans des études ultérieures.

Effet du conjoint

Est-ce que des caractéristiques particulières de la femme sont plus fortement liées que d'autres à la satisfaction conjugale de l'homme? De quelle façon la satisfaction conjugale de l'homme est-elle affectée par les caractéristiques de la femme (Julien & Markman, 1991)? Qu'est-ce qui fait que la femme est à ce point influencée par les caractéristiques de l'homme? Est-ce une question de dépendance matérielle? Est-ce une question d'éducation familiale et de valeurs personnelles? Qu'est-ce qui fait que les couples où c'est l'homme qui est affecté par le trouble bipolaire présentent une satisfaction conjugale plus faible que les couples où c'est la femme qui est affectée par le trouble?

Divorce antécédant à la relation actuelle

Des recherches additionnelles devront être entreprises pour mieux saisir l'effet différentiel du divorce antécédant sur le fonctionnement actuel du couple. Qu'est-ce qui fait qu'une personne qui présente des caractéristiques qui la rendent incompatible dans un

premier couple, puisse devenir compatible dans un deuxième couple? Est-ce que ces participants présentent une satisfaction conjugale plus élevée dans le cadre de cette deuxième union?

L'étude comparée du fonctionnement des couples où l'un des conjoints a déjà divorcé avec des couples intacts satisfaits et insatisfaits devrait générer des informations précieuses. Selon Gottman (1993; citant Glick, 1984), les couples remariés divorcent dans une proportion qui est 10% plus élevée que les couples d'un premier mariage. Si en plus de l'effet du mariage antécédant, se rajoute l'étude de couples où l'on trouve des psychopathologies associées à de hautes proportions de divorce (comme le trouble bipolaire et la dépression majeure), on se retrouve avec des devis d'études qui amènent un bon lot d'information pour la compréhension du fonctionnement conjugal.

Stratégies d'adaptation

Deux des trois grandes catégories de stratégies d'adaptation, soit la résolution de problème et les émotions, s'apparentent de très près aux dimensions de la personnalité que sont respectivement le névrosisme et l'aspect consciencieux. Un débat a cours à l'heure

actuelle pour déterminer si ces concepts ne mesurent pas en fait exactement la même chose. Dans le cadre de l'actuelle étude, les stratégies d'adaptation basées sur l'émotivité ont un lien plutôt ténu avec la satisfaction conjugale.

Une solution à ce problème serait de mesurer les stratégies d'adaptation de type situationnelles (ou de type état), plutôt que les stratégies d'adaptation de type trait tel que mesuré dans la présente étude. Les études ultérieures devront plutôt examiner la relation entre la satisfaction conjugale et les stratégies utilisées en situation de stress au sein du couple. Par ailleurs, les grands types de stratégies d'adaptation pourraient être mesurées plus en détail, au moyen d'un questionnaire comme le "Ways of Coping Questionnaire" de Folkman et al. (1986).

Soutien social

Il apparaît important de voir en quoi les mesures de satisfaction conjugale diffèrent des mesures de soutien social. Entre autres, quelle est la validité convergente ou la validité divergente des mesures de soutien social et des mesures de fonctionnement conjugal? Est-ce que des mesures autres que la satisfaction du soutien social comme la taille du réseau, le type de personne dans le

réseau, les différents types de soutien puisés au sein du réseau par exemples, sont aussi fortement liées avec la satisfaction conjugale. Les variations en fonction du genre apparaissent particulièrement importantes. Parmi les avenues de recherche à explorer, Julien et Markman (1991) proposent d'étudier les stratégies utilisées par les hommes pour mobiliser le soutien de la conjointe et les stratégies utilisées par les femmes pour fournir du soutien à leur conjoint. La possibilité de pouvoir partager les sentiments intimes sans trop affecter l'autre semble être un aspect crucial à explorer, non seulement au sein de la relation de couple, mais dans les relations interpersonnelles en général.

Conclusion

Il est à espérer que la recherche ultérieure sur le fonctionnement des couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire amène des réponses aux questions qui ont été soulevées, afin de permettre le développement de stratégies de prévention et d'intervention beaucoup plus pertinentes auprès de ces couples.

Pour l'instant, les thérapies psychologiques développées pour les couples où les conjoints sont sans trouble mental s'avèrent applicables aux couples où l'un

des conjoints présente un trouble bipolaire. On pense à ces approches qui comprennent comme éléments de traitement l'entraînement à l'échange positif, l'entraînement aux habiletés de communication et l'entraînement à la résolution de problèmes.

Ces interventions devraient s'avérer efficaces surtout si une attention particulière est portée aux niveaux de névrosisme et à la satisfaction en soutien social. En particulier les couples où le névrosisme de l'homme est plus élevé et où la satisfaction en soutien social est plus faible, devraient présenter une satisfaction conjugale plus faible. Ces couples seront probablement plus résistants au traitement. D'inciter ces couples à développer un réseau de soutien social de qualité devrait faciliter l'intervention.

À titre préventif, les niveaux d'insatisfaction conjugale, de névrosisme et d'insatisfaction en soutien social pourraient être mesurés chez les personnes faisant partie de couples où l'un des conjoints présente un trouble bipolaire. Les personnes présentant des cotes élevées devraient être incitées à consulter pour prévenir une détérioration plus avant de la relation de couple.

NOTES

Note 1. L'utilisation de la variable âge des hommes comme covariable ne modifie pas les résultats obtenus entre les variables dépendantes et indépendantes.

Note 2. L'utilisation de la variable âge à la première hospitalisation des femmes comme covariable ne modifie pas les résultats obtenus entre les variables dépendantes et indépendantes.

Note 3. L'utilisation de la variable nombre d'années de scolarité des hommes comme covariable ne modifie pas les résultats obtenus entre les variables dépendantes et indépendantes.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition). Washington, DC: American Psychiatric Association (ed.).
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition, revised). Washington, DC: American Psychiatric Association (ed.).
- Angers (1996). Communication personnelle sur le traitement des données manquantes. Université de Montréal, Montréal.
- Aseltine, R.H. (1993). Marital disruption and depression in community sample. Journal of Health and Social Behavior, 34, 237-251.
- Baillargeon, J., Dubois, G. & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 18, 25-34.
- Barnett, P. A., Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial Functioning and Depression: Distinguishing among Antecedents, Concomitants, and Consequences. Psychological Bulletin, 104, 97-126.
- Barrera, M., Sandler, I.N. & Ramsay, T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: studies on college students. American Journal of Community Psychology, 9, 435-447.
- Beaudry, M. & Boisvert, J.-M. (1988). Psychologie du couple: quand la science se met à parler d'amour. Éditions du Méridien, Montréal.
- Bidzinska, E.J. (1984). Stress factors in affective diseases. British Journal of Psychiatry, 144, 161-166.

- Billings, A.G. & Moos, R.H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 877-891.
- Billings, A.G., Cronkite, R.C. & Moos, R.H. (1983). Social-environmental factors in unipolar depression: comparisons of depressed patients and nondepressed controls. Journal of Abnormal Psychology, 92, 119-133.
- Broodie, H.K.H. & Leff, M.J. (1971). Bipolar depression: a comparative study of patient characteristics. American Journal of Psychiatry, 127, 1086-1090.
- Brugha, T.S. (1988). Social support. Current Opinion in Psychiatry, 1, 206-211.
- Brugha, T.S. (1989). Social support and social networks. Current Opinion in Psychiatry, 2, 278-282.
- Champion, L. (1990). The relationship between social vulnerability and the occurrence of severely threatening life events. Psychological Medicine, 20, 157-161.
- Chen, Y.-W., Dilsaver, S.C. (1996). Lifetime Rates of Suicide Attempts among Subjects with Bipolar and Unipolar Disorders Relative to Subjects with Other Axis I Disorders. Society of Biological Psychiatry, 39, 896-899.
- Clayton, P.J., Ernst C. & Angst J. (1994). Premorbid personality traits of men who develop unipolar or bipolar disorders. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 243, 340-346.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement, 20, 37-46.

- Cormier, N., Julien, D. (1996). Relation entre l'ajustement conjugal et des mesures subjectives et objectives de soutien marital. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 28, 302-309.
- Coryell, W., Scheftner, W., Keller, M., Endicott, J., Maser, J., Klerman, G. L. (1993). The Enduring Psychosocial Consequences of Mania and Depression. American Journal of Psychiatry, 150, 720-727.
- Costa, Jr., P. T., McCrae, R., R. (1992a). Normal Personality Assessment in Clinical Practice: The NEO Personality Inventory. Psychological Assessment, 4, 5-13.
- Coyne, J.C., Aldwin, C. & Lazarus, R.S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. Journal of Abnormal Psychology, 90, 439-447.
- Cutrona, C.E. (1990). Stress and social support in search of optimal matching. Journal of Social and Clinical Psychology, 9, 3-14.
- Deal, J.E., Hagan, M.S. & Anderson, E.R. (1992). The marital relationship in remarried families. Monographs of the Society for Research in Child Development, 57, 73-93.
- Dion, G.L., Tohen, M., Anthony, W.A. & Waternaux, C.S. (1988). Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. Hospital and Community Psychiatry, 39, 652-657.
- Eddy, J.M., Heyman, R.E. & Weiss, R.L. (1991). An empirical evaluation of the dyadic adjustment scale: exploring the differences between marital "Satisfaction" and "Adjustment". Behavioral Assessment, 13, 199-220.

- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Archives of General Psychiatry, 33, 766-771.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: a procedure for measuring the overall severity of psychiatric disturbances. Archives of General Psychiatry, 33, 766-771.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 844-854.
- Estroff, T.W., Dackis, C.A., Gold, M.S. & Pottash, A.L.C. (1985). Drug abuse and bipolar disorders. International Journal of Psychiatry and Medicine, 15, 37-40.
- Fendrich, M., Warner, V. & Weissman, M. M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. Developmental Psychology, 26, 40-50.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 992-1003.
- Frank, E., Targum, S.D., Gershon, E.S., Anderson, C., Stewart, B.D. , Davenport, Y., Ketchum, K.L. & Kupfer, D.J. (1981). A comparison of nonpatient with bipolar patient-well spouse couples. American Journal of Psychiatry, 138, 764-768.
- Freed, E.X. (1969). Alcohol abuse by manic patients. Psychological Reports, 25, 280.

- Goodwin, F.K. & Jamison, K.R. (1990). Manic-depressive illness. Oxford University Press, New York.
- Gotlib, I.H. (1986). Depression and marital interaction: a longitudinal perspective. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Washington, D.C..
- Gotlib, I.H. & Whiffen, V.E. (1989). Stress, coping, and marital satisfaction in couples with a depressed wife. Canadian Journal of Behavioral Sciences, 21, 401-417.
- Gottman, J.M. (1994). What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Gottman, J.M. (1993). A theory of marital dissolution and stability. Journal of Family Psychology, 7, 57-75.
- Gove, W.R. (1984). Gender differences in mental and physical illness: the effects of fixed roles and nurturant roles. Social Science in Medicine, 19, 77-91.
- Gove, W.R., Briggs Style, C. & Hughes, M. (1990). The effect of marriage on the well-being of adults. Journal of Family Issues, 11, 4-35.
- Gove, W.R., Hughes, M. & Briggs Style, C. (1983). Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? Journal of Health and Social Behavior, 24, 122-131.
- Haan, N. (1982). The assessment of coping, defense, and stress. In L. Goldberger & S. Breznitz (eds): Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. Free Press, New York.

- Hirschfeld, R.M.A., Klerman, G.L., Keller, M.B.,
Andreasen, N.C. & Clayton, P.J. (1986).
Personality of recovered patients with bipolar
affective disorder. Journal of Affective Disorders,
11, 81-89.
- Hobfoll, S.E., Vaux, A. (1993). Social support: social
resources and social context. In L. Goldberger and
S. Breznitz (eds): Handbook of stress, theoretical
and clinical aspects, second edition. New-York, The
Free Press.
- Julien, D., Markman, H.J. (1991). Social support and
social networks as determinants of individual and
marital outcomes. Journal of Social and Personal
Relationships, 8, 549-568.
- Karney, B. R., Bradbury, T. N. (1995). The Longitudinal
Course of Marital Quality and Stability: A Review
of Theory, Method, and Research. Psychological
Bulletin, 118, 3-34.
- Kelly, E.L., Conley, J.J. (1987). Personality and
compatibility: a prospective analysis of marital
stability and marital satisfaction. Journal of
Personality and Social Psychology, 52, 27-40.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B.,
Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. & Kendler,
K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of
DSM-III-R psychiatric disorders in the United
States. Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., McLeod, J.D. (1985). Social support and
mental health in community samples. In S. Cohen &
S.L. Syme (eds): Social Support and Health.
Orlando, Fl, Academic Press.

- Lapalme, M., Hodgins, S. & LaRoche, C. (1994). Risk of mental disorders among children with a parent who suffers from bipolar disorder. In Le Groupe de Recherche sur la Prévention des Maladies Mentales: a critical review of the literature on children at risk for major affective disorders. Department of Psychology, Université de Montréal.
- Lavoie, F., Hodgins, S. (1994). Mental disorders among children with one parent with a life diagnosis of major depression. In Le Groupe de Recherche sur la Prévention des Maladies Mentales: a critical review of the literature on children at risk for major affective disorders. Department of Psychology, Université de Montréal.
- Lazarus, R.S. (1989). Constructs of the mind in mental health and psychotherapy. In A.S. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler & H. Arkowitz: Comprehensive handbook of cognitive therapy. Plenum Press, New York.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. Annual Review of Psychology, 44, 1-21.
- Lepage, L. (1984). Adaptation et validation d'une mesure de réseau de support social applicable en soins infirmiers. Université de Montréal: thèse de maîtrise, Montréal.
- Lepage, L., Vézina, L. & Desrosiers, M. (1989). L'évolution du réseau de support social des parents au cours de la période entourant la naissance d'un enfant. Conseil québécois de la recherche sociale, ISBN 2-550-20000-4.

- Liebowitz, M.R., Stallone, F., Dunner, D.L. & Fieve, R.F. (1979). Personality features of patients with primary affective disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 60, 214-224.
- Loranger, A.W. & Levine, P.M. (1978). Age at onset of bipolar affective illness. Archives of General Psychiatry, 35, 1345-1348.
- Lussier (1993a). CISS adulte. Université de Trois-Rivières, Trois-Rivières.
- Lussier (1993a). Communication personnelle sur les normes du CISS. Université de Trois-Rivières, Trois-Rivières.
- Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J. (1990). Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. Behavior Modification, 14, 457-489.
- Moos, R.H., Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: current concepts and measures. In L. Goldberger and S. Breznitz (eds): Handbook of stress, theoretical and clinical aspects, second edition. New-York, The Free Press.
- Morrison, J.R. (1974). Bipolar affective disorder and alcoholism. American Journal of Psychiatry, 131, 1130-1133.
- Newcomb, M.D. (1990). Social support and personal characteristics: a developmental and interactional perspective. Journal of Social and Clinical Psychology, 9, 54-68.
- Norusis, M.J. (1990a). SPSS/PC+ Advanced Statistics 4.0 for the IBM PC/XT/AT and PS/2. Chigaco, Il, SPSS Inc.
- Norusis, M.J. (1990b). SPSS Base System User's Guide. Chigaco, Il, SPSS Inc.

- O'Connell, R.A., Mayo, J.A., Flatow, L., Cuthbertson, B. & O'Brien, B.E. (1991). Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. British Journal of Psychiatry, 159, 123-129.
- O'Connell, R.A., Mayo, J.A., Eng, L.K., Jones, J.S. & Gabel R.H. (1985). Social support and long-term lithium outcome. British Journal of Psychiatry, 147, 272-275.
- Parker, J.D.A. (1996). Communication personnelle sur les stratégies d'adaptation et les traits de personnalité.
- Paykel, E.S. (1992). Handbook of affective disorders, second edition. Guilford Press, New York.
- Paykel, E.S & Cooper, Z. (1992). Life events and social stress. In E.S. Paykel: Handbook of affective disorders, second edition. Guilford Press, New York.
- Paykel, E.S., Myers, J.K., Dienelt, M.N., Klerman, G.L., Lindenthal, J.J. & Pepper, M.P. (1969). Life events and depression: A controlled study. Archives of General Psychiatry, 21, 753-760.
- Ramsay, J.O. (1988). Communication personnelle sur l'utilisation de comparaison de modèles formés de régressions linéaires multiples. McGill University, Montréal.
- Rolland, J.-P. & Petot, J.-M. Traduction du questionnaire de personnalité NEO-PI-R. Université de Paris X-Nanterre, Paris.
- Romans, S.E., McPherson, H.M. (1992). The social networks of bipolar affective disorder patients. Journal of Affective Disorders, 25, 221-228.

- Sarason, B.R., Sarason, I.G. & Pierce, G.R. (1990).
Type of social support and specific stress: toward a
theory of optimal matching. In B.R. Sarason, I.G.
Sarason & G.R. Pierce (eds): Social support: an
interactional view. New-York, John Wiley & Sons.
- Solomon, D.A., Tracie Shea, M., Leon, A.C., Mueller,
T.I., Coryell, W., Maser, J.D., Endicott, J. &
Keller, M.B. (1996). Personality traits in
subjects with bipolar I disorder in remission.
Journal of Affective Disorders, 40, 41-48.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New
scales for assessing the quality of marriage and
similar dyads. Journal of Marriage and the Family,
38, 15-28.
- Spanier, G.B., Filsinger, E.E. (1983). The Dyadic
Adjustment Scale. In E.E. Filsinger: Marriage and
family assessment: A sourcebook for family therapy.
Sage, Beverly Hills.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First,
M. B. (1990). Structured Clinical Interview for DSM-
III-R - Personality Disorders (SCID-II). Washington,
DC: American Psychiatric Press.
- Starker, J. (1986). Methodological and conceptual issues
in research on social support. Hospital and
Community Psychiatry, 37, 485-490.
- Targum, S.D., Dibble, E.D., Davenport, Y.B. & Gershon,
E.S. (1981). Family attitudes questionnaire:
Patients and spouses view bipolar illness. Archives
of General Psychiatry, 38, 562-568.
- Thoits, P.A. (1985). Social support processes and
psychological well-being: theoretical
possibilities. In I.G. Sarason & B. Sarason:
Social support: theory, research and applications.
Martinus Nijhof, The Hague.

- Tohen, M., Waternaux, C.M. & Tsuang, M.T. (1990).
Outcome in mania: a 4-year prospective follow-up of
75 patients utilizing survival analysis. Archives
of General Psychiatry, 47, 1106-1111.
- Tsuang, M.T., Woolson, R.F., Fleming, J.A. (1979).
Long-term outcome of major psychoses: schizophrenia
and affective disorders compared with
psychiatrically symptom-free surgical conditions.
Archives of General Psychiatry, 36, 1295-1301.
- Turner, H.A. (1994). Gender and social support: taking
the bad with the good ? Sex Roles, 30, 521-541.
- Swendsen, J., Hammen, C., Heller, T. & Gitlin, M.
(1995). Correlates of stress reactivity in patients
with bipolar disorder. American Journal of
Psychiatry, 152, 795-797.
- Vaux, A. (1988). Social support : theory, research, and
intervention. Praeger, New York.
- Weissman, M.M., Livingston-Bruce, M, Leaf, P.J., Flor
(1991). Affective disorders. In L.N. Robins & D.A.
Regier: Psychiatric disorders in America - the
epidemiologic catchment area study. Free Press,
MacMillan, New York.
- Wolman, Benjamin B. (1989). Dictionary of Behavioral
Science, second edition. New-York, Academic Press,
Inc. (eds).
- Zuckerman, M. (1995). Good and bad humors: biochemical
bases of personality and its disorders.
Psychological Science, 6, 325-332.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D.M., Joreman, J., Teta, P. &
Kraft, M. (1993). A comparison of three structural
models for personality: the big three, the big five,
and the alternative five. Journal of Personality
and Social Psychology, 65, 757-768.